

PROGRAMA DE DOCTORADO EN BIOMEDICINA

**Equipo de Investigación Multidisciplinar en Atención Primaria y
Comunitaria, y en Cuidados Integrales**



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

TESIS DOCTORAL CON MENCIÓN INTERNACIONAL

**SATISFACCIÓN LABORAL, BIENESTAR EN EL TRABAJO Y
SALUD EN ENFERMERAS DE LA SANIDAD PÚBLICA ESPAÑOLA**

**JOB SATISFACTION, WELLBEING AT WORK AND HEALTH IN
NURSES OF THE SPANISH PUBLIC HEALTH SYSTEM**

Jacob González Gancedo

2020

TITULO: *SATISFACCIÓN LABORAL, BIENESTAR EN EL TRABAJO Y SALUD
EN ENFERMERAS DE LA SANIDAD PÚBLICA ESPAÑOLA.*

AUTOR: *Jacob González Gancedo*

© Edita: UCOPress. 2020
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A
14071 Córdoba

<https://www.uco.es/ucopress/index.php/es/>
ucopress@uco.es

PROGRAMA DE DOCTORADO EN BIOMEDICINA

**Equipo de Investigación Multidisciplinar en Atención Primaria y
Comunitaria, y en Cuidados Integrales**



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

TESIS DOCTORAL CON MENCIÓN INTERNACIONAL

**SATISFACCIÓN LABORAL, BIENESTAR EN EL TRABAJO Y
SALUD EN ENFERMERAS DE LA SANIDAD PÚBLICA ESPAÑOLA**

**JOB SATISFACTION, WELLBEING AT WORK AND HEALTH IN
NURSES OF THE SPANISH PUBLIC HEALTH SYSTEM**

JACOB GONZÁLEZ GANCEDO

2020

SATISFACCIÓN LABORAL, BIENESTAR EN EL TRABAJO Y
SALUD EN ENFERMERAS DE LA SANIDAD PÚBLICA ESPAÑOLA

JOB SATISFACTION, WELLBEING AT WORK AND HEALTH IN
NURSES OF THE SPANISH PUBLIC HEALTH SYSTEM

Tesis Doctoral presentada en la Universidad de Córdoba
para la obtención del título de Doctor

Directores:

Dra. María Aurora Rodríguez Borrego (jubilada 26.06.2019)

Dra. María Elena Fernández Martínez

Dr. Pablo Jesús López Soto

Córdoba, España. 2020



TÍTULO DE LA TESIS: Satisfacción laboral, bienestar en el trabajo y salud en enfermeras de la sanidad pública española.

DOCTORANDO/A: Jacob González Gancedo

INFORME RAZONADO DEL/DE LOS DIRECTOR/ES DE LA TESIS

El presente trabajo, toma como puntos centrales de análisis variables como la salud y el bienestar en el trabajo (reflejado en cuestiones como la satisfacción laboral y el *work engagement*) en enfermeras de la sanidad pública española que prestan sus servicios en Hospitales.

El estudio ha permitido valorar si aspectos relacionados con las características del puesto de trabajo junto a otras variables de tipo sociodemográfico interfieren en la consecución de las variables mencionadas.

La información obtenida se muestra relevante y aplicable en los muy diversos contextos de los hospitales, lo que le da un importante carácter de transversalidad. La investigación ha aportado datos de interés sobre la salud mental y su conexión con el trabajo enfermero. También ha evidenciado información sensible para orientar labores de prevención de riesgos laborales en enfermeras. Finalmente los resultados de la Tesis que se presenta pueden ser útiles para asegurar la calidad de las intervenciones enfermeras en los usuarios, ya que existe evidencia de que las cuestiones estudiadas pueden repercutir sobre la actuación profesional enfermera.

Por otro lado, el periodo de formación del doctorando ha llevado implícito una dedicación intensa a la Tesis, así como a otras actividades, todas ellas relacionadas con la disciplina enfermera y con la propia investigación, que indudablemente han enriquecido el trabajo. A continuación se detallan todas las actividades llevadas a cabo:

A) RELACIÓN DIRECTA CON LA TEMÁTICA DE LA TESIS DOCTORAL Y LA LABOR INVESTIGADORA.

1. Comunicaciones en congresos:

- **Comunicación oral:** González Gancedo, J.; Fernández Martínez, E.; Cobo Cuenca, A.I.; Rodríguez Borrego, M.A. *Relación entre la formación de las enfermeras, sus niveles de salud y de work engagement en un hospital público español.* XXII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Organizado por INVESTEN ISCiii. Córdoba. Noviembre de 2018.
- **Comunicación formato poster:** González Gancedo, J.; Fernández Martínez, M.E.; Rodríguez Borrego, M.A. *Influence of nursing professional training over work engagement and health in nurses of a public hospital in Spain.* Córdoba. Mayo de 2018. 9TH IMIBIC Young Investigators Meeting. Organizado por IMIBIC.
- **Comunicación formato póster:** González Gancedo, J.; Fernández Martínez, M.E.; Cobo Cuenca, A.I.; Fernández Castro, M.; Castañeda García, M.B.; Ortega Gil, M.; Báez Marín, A.B.; Sanz Muñoz, M.L.; Rodríguez Borrego, M.A. *Análisis de la satisfacción laboral a través de la teoría dual de Herzberg en enfermeras de un hospital público español.* XIII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia. XXXVI Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Organizado por APE y SEE. Lisboa. Septiembre de 2018.
- **Comunicación oral:** Pérez Feixa, P.; González Gancedo, J. *Relaciones entre el Work Engagement y la salud en las enfermeras. Revisión sistemática.* XXI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Organizado por INVESTÉN ISCiii. Madrid. Noviembre de 2017.
- **Comunicación oral:** González Gancedo, J.; Fernández Martínez, M.E.; Rodríguez Borrego, M.A. *Análisis del estado de salud de las enfermeras en función de variables relacionadas con su puesto de trabajo.* XXI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Organizado por INVESTÉN ISCiii. Madrid. Noviembre de 2017.
- **Comunicación formato poster:** González Gancedo, J.; Fernández Martínez, E.; Rodríguez Borrego, M.A. *Influence of intra and extra personal variables over motivation, job satisfaction and health in a group of nurses working in a public hospital.* 8Th IMIBIC Young Investigators Meeting. Organizado por IMIBIC. Córdoba. Mayo de 2017.

- **Comunicación formato poster:** González Gancedo, J.; Fernández Martínez, M.E.; Rodríguez Borrego, M.A. *Job satisfaction, wellbeing at work and health status in nurses from a Spanish public health service*". III Jornada de Investigación en Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones (3rd PhD Conference in Information and Communications Technologies), organizado por la Escuela de Doctorado de la Universidad de Valladolid (ESDUVa). Mayo de 2017 (Valladolid) ISBN 978-84-697-6480-0.
- **Comunicación oral:** González Gancedo, J.; Fernández Martínez, M.E.; Rodríguez Borrego, M.A. *Satisfacción y bienestar en el trabajo: análisis correlacional en relación a depresión, ansiedad, insomnio, disfunción social y síntomas somáticos en enfermeras de un hospital público*. XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Organiza la Asociación Española de Enfermería en Salud Mental (AEESME). Murcia. Abril de 2017. ISBN: 978-84-946764-2-0.

2. Publicaciones en revistas indexadas en el *Journal Citation Report (JCR)*:

- González-Gancedo, J., Fernández-Martínez, M.E., y Rodríguez-Borrego, M. A. (2019). *Relationships among general health, job satisfaction, work engagement and job features in nurses working in a public hospital: A cross-sectional study*. Journal of Clinical Nursing, 28(7–8), 1273–1288. <https://doi.org/10.1111/jocn.14740>. Fecha de aceptación 05/12/2018. Fecha de primera publicación online 18/12/2018. Fecha de publicación impresa en abril de 2019.
 - **Índice de impacto** (Journal Citation Reports © Ranking: 2018): 1.757. Posición: 25/118 [Nursing (Social Science)] (**Q1**); Posición: 28/120 (Nursing) (**Q1**).

3. Realización de cursos de formación complementaria de carácter transversal y/o especializados, relacionados directamente con el contenido de la Tesis y la labor investigadora:

- **Cursos destinados al desarrollo de habilidades en investigación:**
 1. Iniciación a la infografía y visualización de datos. *Universitat Oberta de Catalunya* (UOC). Online. Octubre de 2019. 25 horas.

2. VI Jornada Científica de Enfermería. Hospital Clínico Universitario de Valladolid (SACYL). Valladolid. Diciembre de 2019. 4 horas.
3. *Seminário de revisão sistemática da literatura*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidad de Oporto. Oporto. Noviembre de 2018. 4 horas.
4. *Seminário de apresentação e partilha dos planos de atividade do ano probatório*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidad de Oporto. Oporto. Noviembre de 2018. 4 horas.
5. Metodología de una Revisión Sistemática. Hospital Clínico Universitario de Valladolid (SACYL). Valladolid. Abril de 2018. 12 horas.
6. La investigación cualitativa en el ámbito enfermero. Fundación de Enfermería de Castilla y León (FECYL). Online. Abril de 2018. 50 horas.
7. Hablar en público. Comunicación sin miedo, transmisión eficaz. Escuela de Administración Pública de Castilla y León (Junta de Castilla y León). Online. Abril de 2018. 25 horas.
8. IV Jornada Científica de Enfermería. Hospital Clínico Universitario de Valladolid (SACYL). Valladolid. Noviembre de 2017. 4 horas.
9. Taller de Investigación Cualitativa. INVESTÉN ISCiii. Madrid. Noviembre de 2017. 4 horas.
10. Conceptos básicos en investigación: Como publicar un artículo en una revista de Enfermería. Gerencia de Atención Especializada de Valladolid Este (SACYL). Valladolid. Noviembre de 2017. 4 horas.
11. Inglés sanitario. Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO. Online. Septiembre de 2017. 60 horas.
12. Gestores de referencias bibliográficas. Instituto de Salud Carlos III. Online. Junio de 2017. 30 horas.
13. III Jornadas de Investigación en Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones. Universidad de Valladolid. Mayo de 2017. 20 horas.
14. Estadística básica para investigadores y primeros pasos en SPSS. Universidad de Valladolid. Valladolid. Mayo de 2017. 18 horas.
15. Metodología de una revisión sistemática. Hospital Clínico Universitario de Valladolid (SACYL). Marzo de 2017. 4 horas.
16. Metodología de una comunicación científica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid (SACYL). Febrero de 2017. 3 horas.

• **Cursos de temática similar al contenido de la Tesis:**

1. Motivación en el trabajo. Escuela de Administración Pública de Castilla y León (Junta de Castilla y León). Online. Octubre de 2017. 25 horas.
2. Gestión eficaz del tiempo. Gerencia de Atención Especializada de Valladolid Este (SACYL). Valladolid. Septiembre de 2017. 8 horas.
3. Las enfermeras de salud mental y la exclusión social (Congreso de la Asociación Española de Enfermería en Salud Mental). Murcia. Abril de 2017.

4. Becas y ayudas:

- Beca de 1650 € en Convocatoria Extraordinaria de Ayudas de Movilidad Internacional para el Fomento de Tesis con Mención Internacional o en régimen de Cotutela, 2018/2019. Publicada en el Boletín Oficial de la Universidad de Córdoba (BOUCO) el 16/05/2019. Nº 2019/00404. <https://sede.uco.es/bouco/bandejaAnuncios/BOUCO/2019/00404>.

5. Estancias internacionales:

- Estancia de 3 meses de duración realizada en dos periodos de tiempo. Centro: *Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto* (UNIESEP), situada en la *Escola Superior de Enfermagem do Porto* (ESEP). Oporto, Portugal. Primer periodo desde el 01/11/2018 al 15/12/2018. Segundo periodo desde el 15/05/2019 al 30/06/2019.

6. Premios obtenidos:

- Premios de Investigación Biomédica 2019. Premio al mejor artículo de investigación publicado durante 2018 en el ámbito de la Enfermería/Fisioterapia/Técnico. Datos del artículo: González-Gancedo, J., Fernández-Martínez, M.E., y Rodríguez-Borrego, M. A. *Relationships among general health, job satisfaction, work engagement and job features in nurses working in a public hospital: A cross-sectional study*. Journal of Clinical Nursing, 28(7–8), 1273–1288. (primera publicación online en diciembre de 2018, publicación impresa en abril de 2019). Gerencias de Atención Especializada y Atención Primaria de Valladolid Este (SACYL). Entidades Colaboradoras: Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León (IESCYL); Roche.

Fecha del acta de resolución del Comité Científico: 11/12/2019. Fecha de entrega del premio: 10/02/2020. Valladolid.

B) OTROS PROYECTOS Y ACTIVIDADES REALIZADOS DURANTE EL PERIODO DE ELABORACIÓN DE LA TESIS.

1. Comunicaciones en congresos:

- **Comunicación formato poster:** González Gancedo, J.; Medina Valverde, M.J.; Martins, M.M.; Fernández Martínez M.E.; Rodríguez Borrego, M.A.; López Soto, P.J. *Agrupación de cuidados en pacientes quirúrgicos bajo la etiqueta diagnóstica “retraso en la recuperación quirúrgica”* XII Jornadas de trabajo AENTDE. Organizado por la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. Zamora. Octubre de 2019.
- **Comunicación formato poster:** Medina Valverde, M.J.; González Gancedo, J.; Fernández Martínez M.E.; Rodríguez Borrego, M.A.; Llorent García, V.J.; López Soto, P.J. *Etiquetas diagnósticas relacionadas con Cronotipo y Género en profesiones sanitarias: Fatiga, Estrés por sobrecarga, Deprivación del sueño.* XII Jornadas de trabajo AENTDE. Organizado por la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. Zamora. Octubre de 2019.
- **Comunicación Oral:** XXII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Organizado por INVESTÉN ISCiii. Título: *Análisis del estrés académico, engagement, resiliencia y sus relaciones en alumnos de una Facultad de Enfermería pública.* Córdoba. Noviembre de 2018.
- **Comunicación Oral:** XXII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Organizado por INVESTÉN ISCiii. Título: *Desinfección en la punción capilar para la determinación de glucemia en recién nacidos.* Córdoba. Noviembre de 2018.
- **Comunicación Oral:** XXII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Organizado por INVESTÉN ISCiii. Título: *Cambios en la sexualidad de la mujer tras el cáncer de mama.* Córdoba. Noviembre de 2018.
- **Comunicación Oral:** XXII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Organizado por INVESTÉN ISCiii. Título: *Cuidar a niños Vs Cuidar a adultos: Comparación de los niveles de ansiedad ante la muerte en los profesionales de enfermería.* Córdoba. Noviembre de 2018.

2. Artículos publicados en revistas de enfermería:

- Vilorio-López, J.; González-Gancedo, J. (2019). *Cuidar a niños vs. cuidar a adultos: comparación de los niveles de ansiedad ante la muerte en el personal de Enfermería*. Revista EnfermeríaCyL, 11(1), 72–83.
<http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/245>

3. Realización de cursos de formación complementaria de carácter transversal y/o especializados relacionados indirectamente con la Tesis:

• Relacionados con la actuación enfermera y la calidad de la intervención:

1. Curso de avances en Enfermería clínica en situaciones de urgencias. Instituto de Formación Sanitaria (IFSES). Valladolid-Online. Enero de 2019. 100 horas.
2. Prevención de la infección relacionada con el catéter. Hospital Clínico Universitario de Valladolid (SACYL). Valladolid. diciembre de 2019. 1 hora.
3. Asistencia a XII Jornadas de Trabajo AENTDE: El proceso enfermero y sus realidades. Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE). Zamora. Octubre de 2018. 1 crédito.
4. Manejo de catéteres venosos periféricos. Hospital Clínico Universitario de Valladolid (SACYL). Valladolid. Octubre de 2018. 1 hora.
5. Programa de higiene de manos. Hospital Clínico Universitario de Valladolid (SACYL). Febrero de 2018. 1 hora.
6. Paciente crítico. Tratamiento y procesos. Ider Formación. Online. Enero de 2018. 80 horas.
7. Actualización traslado seguro del paciente crítico. Hospital Clínico Universitario de Valladolid (SACYL). Octubre de 2017. 1 hora.
8. Enfermería en las Urgencias Pediátricas. Ider Formación. Septiembre de 2017. 80 horas.
9. Programa Informático Gacela para Enfermeras en Urgencias. Hospital Clínico Universitario de Valladolid (SACYL). Valladolid. Junio de 2017. 3 horas.

10. Electrocardiografía para Enfermería. Gerencia de Atención Especializada Valladolid este (Medina del Campo) (SACYL). Online. Marzo de 2017. 80 horas.
11. Farmacología para Enfermería II. Área Quirúrgica. Gerencia de Atención Especializada Valladolid este (Medina del Campo) (SACYL). Online. Marzo de 2017. 80 horas.
12. Actualización en Endocrinología pediátrica. Gerencia de Atención Especializada de Valladolid Este (SACYL). Valladolid. Marzo de 2017. 5 horas.
13. El triaje como herramienta para la Enfermería en los cuidados de urgencias y emergencias sanitarias. Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO. Online. Febrero de 2017. 100 horas.
14. Triage. Gerencia de Atención Especializada de Valladolid Este (SACYL). Valladolid. 5 horas.
15. Jornada formativa sobre el abordaje integral del dolor en Castilla y León. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACYL). Valladolid. Enero de 2017.

4. Becas y ayudas:

- Beca Erasmus⁺ STA (Docencia) de 495 €. Programa Europeo de Educación, Formación, Juventud y Deporte (2014-2020). Fecha de concesión: 31/10/2018.

5. Estancias internacionales:

- Estancia Erasmus⁺ STA (Docencia) en la Escola Superior de Saúde de Santa Maria. Oporto. Desde el 29/10/2018 hasta 31/10/2018.

6. Premios obtenidos:

• Como coautor de un trabajo:

1. **Primer premio.** XII Certamen Científico de Enfermería de Castilla y León. Organización Colegial de Enfermería. Vitoria-López, J.; González-Gancedo, J. *“Cuidar a niños vs. cuidar a adultos: comparación de los niveles de ansiedad ante la muerte en el personal de Enfermería”*. Consejo de Colegios Profesionales de Enfermería de Castilla y León. Fecha de concesión del premio: diciembre de 2018. Valladolid.

• **Premios académicos:**

1. Premio Extraordinario Fin de Máster. Universidad de León. Fecha de concesión: Septiembre de 2017. Ponferrada.

• **Premios a Trabajos Fin de Grado (TFGs) dirigidos por el doctorando:**

1. Premios de Investigación Biomédica 2018. **Premio al mejor TFG presentado en la Universidad de Valladolid.** Trabajo: *“Análisis del nivel de ansiedad frente a la muerte en el personal de enfermería”*. Gerencias de Atención Especializada y Atención Primaria de Valladolid Este (SACYL). Entidades Colaboradoras: Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León (IESCYL); Roche. Fecha de concesión 27/02/2019. Valladolid.
2. Premios de Investigación Biomédica 2017. **Premio al mejor TFG presentado en la Universidad de Valladolid.** Trabajo: *“Relación entre “Work Engagement” y la salud de los profesionales de Enfermería. Revisión bibliográfica sistemática”*. Gerencias de Atención Especializada y Atención Primaria de Valladolid Este (SACYL). Entidades Colaboradoras: Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León (IESCYL); Roche. Fecha de concesión 22/11/2018. Valladolid.

7. Actividad laboral desde el inicio de la Tesis (curso académico 2016/2017) continuando en la actualidad:

- **Enfermero** (jornada completa): Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (SACYL). Servicio de Salud de Castilla y León.

8. Actividad docente desde el inicio de la Tesis (curso académico 2016/2017):

• **Docencia universitaria:**

1. **Profesor Asociado** en el Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería de la Universidad de Valladolid. Centro: Facultad de Enfermería de Valladolid. Dedicación 3+3 durante el curso 2017/2018 y 4+4 durante los cursos 2016/2017 y 2018/2019. Fin del contrato: 31 de agosto de 2019. Asignaturas en las que impartió docencia (teórico-práctica): Estructura y Función del Cuerpo Humano, Farmacología,

Enfermería en la Infancia y la Adolescencia y tutela de Trabajos Fin de Grado. Cursos 1º, 2º y 4º.

2. **Formador/Ponente (ponencia invitada)** en la I Jornada para alumnos de Trabajo Fin de Grado y Trabajo Fin de Máster: uso efectivo de herramientas TIC. Parte del Proyecto de Innovación Docente “Nuevas propuestas en la tutorización de Trabajos Fin de Grado y Trabajos Fin de Máster con el apoyo de entornos virtuales de aprendizaje colaborativo” gestionado por el Área de Formación Permanente e Innovación Docente. Universidad de Valladolid. Marzo de 2019. 1 hora.
3. **Profesor Externo en Máster Oficial.** Máster Universitario en Enfermería en Cuidados Críticos y Urgencias. Universidad de León. Asignatura: Enfermería Clínica Avanzada en Pediatría y Neonatología. 8 horas. Marzo de 2019.
4. **Colaborador en Prácticas** de alumnos del Grado en Enfermería de la Facultad de Enfermería de Valladolid en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. 2016 a 2019.
5. **Colaborador docente** de alumnos de Grado en Enfermería de la Escuela Universitaria Dr. Dacio Crespo (Palencia) en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. 2016.
6. **Dirección de Trabajos Fin de Grado (TFGs) y Trabajos Fin de Máster (TFM):**
 - **Trabajo Fin de Máster (oficial):** Máster Universitario en Investigación en Ciencias Sociosanitarias. Universidad de León. Título del TFM: *Eficacia de la realidad virtual en la disminución del dolor de pacientes pediátricos sometidos a procedimientos invasivos. Una revisión sistemática.* Lectura en septiembre de 2019.
 - **Trabajo Fin de Grado:** Grado en Enfermería. Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid. Título del TFG: *Relaciones entre la implicación emocional, la fatiga por compasión y el bienestar del personal de Enfermería: Revisión sistemática.* Lectura en junio de 2019.
 - **Trabajo Fin de Grado:** Grado en Enfermería. Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid. Título del TFG: *Estrés académico, resiliencia y engagement en estudiantes de Enfermería.* Lectura en junio de 2017.
 - **Trabajo Fin de Grado:** Grado en Enfermería. Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid. Título del TFG: *Análisis*

del nivel de ansiedad frente a la muerte en el personal de Enfermería. Comparativa Pediatría- adultos. Lectura en junio de 2017.

• **Otras labores docentes:**

1. **Colaborador docente** con Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este, en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, para actualización formativa del personal estatutario que se reincorpora a su puesto de trabajo. Actualización Formativa de personal estatutario sanitario RD 18/2010 de 22 de abril. 2016.
2. **Formación sanitaria especializada** de Enfermeros Internos Residentes en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria. Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria. 2018 y 2019.
3. **Desarrollo y docencia de curso de Formación Continuada** para Enfermeras de la Gerencia en Asistencial Especializada de Valladolid Este (SACYL). El doctorando ha impartido **3 ediciones**: 2017, 2019 y 2020. Título del curso: *Manejo básico del Gestor Bibliográfico Mendeley para Enfermeras*. Duración de cada edición 4 horas.

9. Pertenencia a comités y consejos:

- Comité Científico de la VI Jornada Científica de Enfermería. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. 2019.
- Comité Científico de la V Jornada Científica de Enfermería. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. 2018.
- Consejo de Departamento. Departamento de Enfermería. Universidad de Valladolid. 2017-2019.

10. Otras actividades relacionadas con la investigación:

- Revisor en revista científica de enfermería: *Wester Journal of Nursing Research*. Factor de impacto (JCR): 1.457. (Q2). Inicio en 2019.

11. Superación de exámenes en Ofertas Públicas de Empleo (OPE):

- Superado el ejercicio de la **fase de oposición** incluido en las pruebas selectivas para el acceso a la condición de personal estatuario fijo en plazas de la categoría

de enfermero/a del Servicio de Salud de Castilla y León, convocado por Orden SAN/1210/2018, de 31 de octubre. Resolución de 20 de junio de 2019 del tribunal calificador:

[https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos_selectivos/oferta-
empleo-publico-2017/categorias/enfermero-turno-libre.ficheros/1363706-
Resoluci%C3%B3n%20aprobados%20fase%20opos.%20Enfermer%C3%ADa.
pdf](https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos_selectivos/oferta-empleo-publico-2017/categorias/enfermero-turno-libre.ficheros/1363706-Resoluci%C3%B3n%20aprobados%20fase%20opos.%20Enfermer%C3%ADa.pdf). ANEXO con la relación de aspirantes que superan el ejercicio de oposición:
[https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos_selectivos/oferta-
empleo-publico-2017/categorias/enfermero-turno-libre.ficheros/1363707-
ANEXO_I_APROBADOS.pdf](https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos_selectivos/oferta-
empleo-publico-2017/categorias/enfermero-turno-libre.ficheros/1363707-
ANEXO_I_APROBADOS.pdf). Pendiente resolución de fase de concurso.

Por todo lo expuesto los directores de la Tesis refrendan que la misma cumple los requisitos formales de calidad y originalidad, mantiene el rigor científico y académico exigible, y viene respaldada por comunicaciones científicas en congresos y publicaciones, por lo que se autoriza la presentación de la Tesis doctoral.

Córdoba, ____ de _____ de _____

Firma del/de los director/es

Fdo.: María Elena Fernández Martínez

Fdo.: Pablo Jesús López Soto

Agradecimientos

El presente texto supone la culminación de una Tesis Doctoral realizada en el Programa de Doctorado en Biomedicina de la Universidad de Córdoba. Durante su desarrollo recibí el apoyo de diversas personas a las que me gustaría agradecer su ayuda y soporte.

En primer lugar, a mis directores de Tesis por su disponibilidad así como su criterio objetivo, que ha sido de gran ayuda en la toma de decisiones. Por lo tanto, me gustaría agradecer a la Dra. María Elena Fernández Martínez su ayuda y guía, que ya comenzó previamente a este proyecto. Al Dr. Pablo Jesús López Soto su disposición y consejos. A la Dra. M^a Aurora Rodríguez Borrego por su guía, consejos, ayuda en las gestiones y su preocupación por el bienestar de quien suscribe estas líneas. Ha sido una gran etapa de aprendizaje gracias a los tres. Asimismo, agradezco al Director de la Escuela de Doctorado de la Universidad de Córdoba, el Catedrático Arturo F. Chica Pérez, su atención y disposición. También agradezco a la Dra. Maria Manuela Martins su acogida y orientación durante la estancia en la *Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto*.

Quisiera agradecer, el soporte recibido en el ámbito laboral mostrando gratitud a la Dirección de Enfermería del Hospital Clínico Universitario de Valladolid y a Ana Isabel Valderrey Mielgo, supervisora del Servicio de Urgencias, por la ayuda y atención prestadas. Merecen unas palabras de agradecimiento mis compañeras del Servicio de Urgencias del Hospital por su apoyo moral importante. También la Unidad de Apoyo a la Investigación (Área de Enfermería). Especialmente Isabel Peña García y Mercedes Fernández Castro. Asimismo a la Dra. M^a Fe Muñoz Moreno y el Dr. Agustín Mayo Íscar por su orientación en cuestiones estadísticas. Asimismo, a Susana Villar Barba, bibliotecaria y documentalista del hospital. Muestro también agradecimiento a mis compañeros durante mi etapa en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Valladolid, así como al Director de Departamento, el Dr. Manuel Frutos Martín, cuyos consejos y ayuda fueron de utilidad. Muestro gratitud a la Dra. Ana Isabel López Alonso de la Universidad de León, por su disposición y accesibilidad. Merecen también unas palabras de agradecimiento las personas de los distintos hospitales que colaboraron con la difusión del cuestionario, así como las enfermeras participantes en el estudio.

Finalmente, agradecer a mi familia y amigos todo el soporte, comprensión y paciencia mostrados. Especialmente quiero agradecer a mi esposa María su apoyo incondicional y continuo y su comprensión durante este duro trabajo. Sus muestras de empatía, sus consejos y sus ánimos han sido decisivos para la culminación de esta Tesis.

Nota de lenguaje

Como norma general en esta Tesis, para facilitar la fluidez de expresión y la comprensión del texto, y en evitación de reiteraciones, se emplea el sufijo correspondiente al género masculino en la mayoría de los casos, y el correspondiente al género femenino cuando se hable de la profesión enfermera, entendiendo que se está haciendo alusión a ambos sexos.

En lo relativo al signo utilizado para separar los decimales en las cifras, en esta Tesis se utilizará el punto (.).

Resumen

La calidad de los cuidados enfermeros es determinante para la seguridad del paciente. Existe evidencia de relaciones entre motivación, satisfacción, bienestar laboral y calidad de los cuidados. Asimismo, se ha demostrado la influencia de estas variables sobre la salud de las enfermeras.

El objetivo principal del trabajo fue analizar variables intra y extrapersonales de las enfermeras que pueden determinar sus niveles de salud general, satisfacción laboral y motivación en términos de *work engagement*. Este concepto hace referencia a un estado psicológico positivo respecto al trabajo, compuesto por tres dimensiones: vigor, dedicación y absorción.

Para ello, se realizó un análisis multicéntrico, cuantitativo, descriptivo, transversal, correlacional y comparativo del *engagement*, salud general y satisfacción laboral. Se recogieron datos en 10 hospitales del noroeste español a través de una encuesta *online*. En dicha encuesta se incluyeron cuestiones sociodemográficas y los cuestionarios *General Health Questionnaire* de 28 ítems, *Overall Job Satisfaction Scale* y *Utrecht Work Engagement Scale* de 17 ítems. El *General Health Questionnaire* incluyó subescalas midiendo los síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión. La *Overall Job satisfaction Scale* incluyó subescalas para satisfacción intrínseca y extrínseca. El *Utrecht Work Engagement Scale* incluyó subescalas para vigor, dedicación y absorción. Respondieron 444 enfermeras y los datos recogidos se analizaron con el programa IBM® SPSS® V. 25. Se realizó un análisis descriptivo, un análisis de consistencia interna y un análisis correlacional. En ellos se usaron tres métodos de puntaje para el *General Health Questionnaire*. Tras esto, se realizó análisis comparativo a través de test no paramétricos, seguido de pruebas *post hoc* en aquellas variables que mostraron diferencias estadísticamente significativas. Finalmente, se procedió a realizar un análisis de regresión lineal múltiple.

Los resultados mostraron una mayor consistencia interna para el *General Health Questionnaire* cuando se utilizó el método de puntaje conocido como Likert. Aparecieron correlaciones negativas entre salud y satisfacción laboral, así como entre salud y *work engagement*, mientras que se obtuvo una correlación positiva entre satisfacción laboral y *work engagement*. Es necesario destacar que la puntuación obtenida en los ítems que miden la salud en la población de estudio está por encima del umbral considerado problemático. Por otra parte, los niveles de satisfacción laboral fueron similares o más bajos que en otros estudios, mientras que el nivel de *work engagement* obtenido fue

moderado-alto. Las variables con influencia sobre la salud fueron el tipo de hospital y tener especialidad/perfil, estando activo o no en la misma. Sobre la satisfacción laboral influyeron el contrato, cargo, servicio, turno, características del puesto, salario y tener especialidad/perfil, estando activo o no en la misma. Los resultados obtenidos también mostraron que el *work engagement* estaba determinado por las variables: jornada laboral, cargo, servicio, turno, y tener especialidad/perfil, tanto si el trabajo de la persona está relacionado con su especialidad o no. Por lo tanto, el hecho de tener una especialidad/perfil aparece como una variable importante para la salud general, la satisfacción laboral y el *work engagement*. Dicha variable mostró diferencias estadísticamente significativas entre las enfermeras con especialidad/perfil acreditado, en función de si su trabajo estaba relacionado o no con dicha especialidad/ perfil. Finalmente, se obtuvieron modelos predictivos explicando los niveles de salud en función de *work engagement* y satisfacción laboral. Los resultados revelaron que la absorción desempeña un papel importante en dichos niveles, indicando que las puntuaciones altas en absorción pueden influir negativamente sobre la salud.

Los resultados de este trabajo aportan datos relevantes de cara a la mejora de la calidad de los cuidados y de la seguridad del paciente. También aporta información relevante para la prevención de problemas de salud en las enfermeras.

Abstract

The quality of nursing cares is paramount for patient safety. There is evidence about the relationship between motivation, job satisfaction, wellbeing at work and the quality of cares. Those also have influence over the health of the nursing staff.

The main goal of this work was to analyze the intra- and extra-personal variables which determine the levels of general health, job satisfaction and motivation in terms of work engagement. This concept refers to a positive psychological state relative to work and it is formed by three dimensions: vigour, dedication and absorption.

For this task, a multicentric, quantitative, descriptive, crossectional, correlational and comparative analysis of engagement, job satisfaction and health was carried out. Data were collected in 10 hospitals from the northwest of Spain through an online survey. This survey included sociodemographic data and the questionnaires 28-item General Health Questionnaire, the Overall Job Satisfaction Scale and the 17-item Utrecht Work Engagement Scale. The General Health Questionnaire included several subscales to measure somatic symptoms, anxiety-insomnia, social dysfunction and depression. The Overall Job Satisfaction Scale included subscales to quantify intrinsic and extrinsic satisfaction. The Utrecht Work Engagement Scale included subscales to assess vigour, dedication and absorption. A total of 444 complete responses were collected and the data were analyzed using the IBM® SPSS® V. 25 software. Data were analysed through a descriptive analysis, an assessment of internal consistency and a correlational analysis. In them, three scoring methods for the General Health Questionnaire were used. Additionally, a comparative analysis by means of non-parametric methods was performed. For those variables in which statistically significant differences were found, post *hoc* tests were also conducted. Finally, a multiple linear regression analysis was carried out.

The results showed a higher internal consistency for the General Health Questionnaire with the Likert scoring method. Negative correlations were found between health and job satisfaction, as well as between health and work engagement. Conversely, a positive correlation between job satisfaction and work engagement was detected. It should be noted that the score in the items of the questionnaire related to health in the population under study was higher than the threshold score that indicates distress. Additionally, job satisfaction levels were similar or lower than in other studies, whereas the obtained work engagement levels were moderate-high. Variables with influence over health were the type of hospital and having a specialty/profile, whether nurses were working on it or not.

Job satisfaction was determined by the type of contract, position, service, shift, job characteristics, salary and having a speciality/profile, whether nurses were working on it or not. Results also showed that work engagement was influenced by the variables: workday, position, service, shift and having a speciality/profile, whether nurses were working on it or not. Thus, having a speciality/profile appears to be an important variable for general health, job satisfaction and work engagement. For this variable, statistically significant differences were obtained in nurses with an official speciality/profile whose work was related to this speciality, and nurses whose work was not related to their speciality/profile. Finally, predictive models were obtained in order to explain health levels in relation job satisfaction and work engagement. Results revealed that absorption plays an important role in those levels and may negatively influence health levels when the scores in absorption are high.

Results of the present work show relevant data that could be useful to improve the quality of cares and patient safety. It also offers important information for the prevention of health problems in nurses.

Abreviaturas

ANOVA: *Analysis Of Variance.*

ad hoc: Adecuado, apropiado, dispuesto especialmente para un fin.

CAPD: Comisión Académica del Programa de Doctorado.

CCAA: Comunidades Autónomas

CE: Constitución Española.

CEIC: Comité Ético de Investigación Clínica.

CGHQ: Método de análisis de cronicidad con el *General Health Questionnaire*.

CODITA: *Col.legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Tarragona.*

Desv. Est.: Desviación Estadística.

DT: Desviación Típica.

EEC: *European Economic Community.*

EFQM: *European Foundation Quality Management.*

EIR: Enfermero Interno Residente.

ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España.

Exp_Años: Experiencia en años como enfermera.

Exp_Hosp_Actual: Experiencia en años como enfermera en el hospital actual.

GHQ: *General Health Questionnaire*. El de 28 ítems se denomina GHQ-28.

gl: Grados de libertad.

IBM: *International Business Machines Corporation.*

ILO: *International Labour Organization.*

INE: Instituto Nacional de Estadística.

INSHT: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

INSST: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo.

IWS-R: *Index of Work Satisfaction*.

K-S: Prueba de Kolmogorov-Smirnov.

M: Media.

m: Mediana.

MBI: *Maslach Burnout Inventory*.

N: Número de individuos.

NTP: Nota Técnica de Prevención.

OIT: Organización Internacional del Trabajo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OSI: *Occupational Stress Inventory*.

P: Probabilidad.

***post hoc*:** A posteriori.

PRL: Prevención de Riesgos Laborales.

s.f.: Sin fecha.

Sig.: Significación.

SUMMA 112: Servicio de Urgencia Médica de la Comunidad de Madrid.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

UCO: Universidad de Córdoba.

UE: Unión Europea.

UNESCO: *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.*

UWES: *Utrecht Work Engagement Scale.* El de 17 ítem se denomina UWES-17.

WHO: *World Health Organization.*

Símbolos

[P₂₅, P₇₅]: Percentil 25, Percentil 75.

%: Porcentaje.

±: Signo más/menos. Indica un valor que puede ser positivo y negativo.

<: Menor que.

=: Igual que.

>: Mayor que.

|r|: Fuerza de asociación.

≤: Menor o igual que.

≥: Mayor o igual que.

B: β (Beta).

K: Número de muestras independientes al que se alude cuando son más de 2.

R cuadrado: Coeficiente de determinación.

rho: Coeficiente de correlación.

ρ : rho o coeficiente de correlación.

Índice general

Capítulo 1	1
Introducción	1
1.1 Satisfacción laboral	5
1.2 Bienestar en el trabajo	10
1.2.1 El concepto de <i>engagement</i> en el trabajo como constructo	11
1.3 Satisfacción laboral Vs. <i>Work engagement</i>	17
1.4 Influencia sobre la salud en las enfermeras	21
1.5 Preguntas de investigación y justificación del estudio	27
Capítulo 2	33
Objetivos	33
2.1 Objetivo principal	33
2.2 Objetivos específicos	33
Capítulo 3	35
Material y Métodos	35
3.1 Diseño y ámbito de estudio	35
3.2 Consideraciones éticas	35
3.2.1 Solicitudes a Comités éticos	35
3.3 Muestra y sujetos de estudio	37
3.4 Periodo y procedimiento de recogida de datos	39
3.5 Variables e instrumentos de recogida de datos	39
3.5.1 Cuestiones sociodemográficas	40
3.5.1.1 Aclaraciones en las cuestiones sociodemográficas	40
3.5.2 GHQ-28: Cuestionario de Salud General de Goldberg	41
3.5.2.1 GHQ: historia y evolución a las distintas versiones	41
3.5.2.2 GHQ-28	44
3.5.3 <i>Overall Job Satisfaction Scale</i>	47
3.5.4 UWES-17 (<i>Utrecht Work Engagement Scale</i>)	49
3.6 Análisis estadístico	54
3.6.1 Análisis descriptivo	54

3.6.2 Análisis de la fiabilidad	54
3.6.3 Análisis de normalidad	55
3.6.4 Análisis correlacional	56
3.6.5 Análisis comparativo	57
Capítulo 4.....	59
Resultados.....	59
4.1 Análisis descriptivo	59
4.1.1 Descripción de las características sociodemográficas y de las asociadas al puesto de las enfermeras de la muestra.....	59
4.1.2. Descripción de los resultados obtenidos a través de los cuestionarios GHQ-28, <i>Overall Job Satisfaction Scale</i> y UWES-17.....	67
4.1.2.1 GHQ-28	67
4.1.2.2 <i>Overall Job Satisfaction</i>	68
4.1.2.3 UWES - 17	68
4.2 Resultados en fiabilidad.	68
4.2.1. Estadísticos de fiabilidad en GHQ-28.	69
4.2.2. Estadísticos de fiabilidad en <i>Overall Job Satisfaction Scale</i>	69
4.2.3. Estadísticos de fiabilidad en UWES-17.....	70
4.3 Análisis de normalidad	70
4.4 Análisis correlacional	70
4.4.1. Correlaciones entre GHQ-28 y variables sociodemográficas.	75
4.4.2. Correlaciones entre GHQ-28 y <i>Overall Job Satisfaction Scale</i>	76
4.4.3. Correlaciones entre GHQ-28 y UWES-17.	77
4.4.4. Correlaciones entre <i>Overall Job Satisfaction Scale</i> y UWES-17.....	78
4.5. Análisis comparativo	79
4.5.1. Análisis no paramétrico general.....	79
4.5.1.1. Análisis de las variables en función de las puntuaciones para GHQ-28.....	79
4.5.1.2. Análisis de las variables en función de las puntuaciones para <i>Overall Job Satisfaction Scale</i>	84
4.5.1.3. Análisis de las variables en función de las puntuaciones para UWES-17.	87
4.5.2. Análisis <i>post hoc</i>	90
4.5.2.1. Análisis <i>post hoc</i> de las variables en función de las puntuaciones para GHQ-28.	90
4.5.2.2. Análisis <i>post hoc</i> de las variables en función de las puntuaciones para <i>Overall Job Satisfaction Scale</i>	93
4.5.2.3. Análisis <i>post hoc</i> de las variables en función de las puntuaciones para UWES-17.	123

4.6. Análisis de regresión lineal múltiple	131
Capítulo 5	139
Discusión	139
5.1 Cuestiones sociodemográficas.....	139
5.2 Variables relacionadas con el puesto.....	141
5.3 Variables relacionadas con la formación y especialización de las enfermeras	143
5.4 Fiabilidad de los instrumentos de recogida de datos	144
5.5 La salud de las enfermeras a través del GHQ-28.	147
5.6. Niveles de satisfacción laboral según <i>Overall Job Satisfaction Scale</i>	150
5.7. Niveles de <i>work engagement</i> según UWES-17.....	152
5.8. Correlaciones entre edad, experiencia laboral, salud, satisfacción laboral y <i>work engagement</i>	152
5.9. Análisis comparativo sobre puntuaciones obtenidas en función de cuestiones sociodemográficas las características del puesto y formación.	158
5.9.1. Diferencias en salud	158
5.9.1.1. Diferencias en síntomas somáticos.	158
5.9.1.2. Diferencias en ansiedad-insomnio.....	159
5.9.1.3. Diferencias en disfunción social y depresión.....	162
5.9.2. Diferencias en satisfacción laboral.....	163
5.9.2.1. Diferencias en satisfacción intrínseca y extrínseca.....	164
5.9.3. Diferencias en <i>work engagement</i>	169
5.9.4. Modelos de regresión lineal.....	172
5.9.5. Limitaciones.	174
5.9.6. Aplicabilidad y líneas futuras.	175
Capítulo 6	177
Conclusiones / Conclusions	177
6.1 Conclusiones	177
6.2 Conclusions	180
Referencias bibliográficas.....	185
Anexos	203

Anexo 1: cuestionario íntegro cumplimentado por las enfermeras de la muestra	205
Anexo 2: Resultados del análisis de consistencia interna detallado por ítems	215
Anexo 3: Resultados del análisis de distribución de los datos	225

Índice de figuras

<i>Figura 1: Categorías de clasificación de las distintas teorías sobre la satisfacción laboral (Osca, 2004). ...</i>	<i>6</i>
<i>Figura 2: Factores asociados al contenido del trabajo (intrínsecos) y al contexto del trabajo (extrínsecos)</i>	<i>7</i>
<i>Figura 3: Factores correlacionados con la satisfacción laboral.</i>	<i>8</i>
<i>Figura 4: Modelo de Rusbult y Lowery. Adaptado de Rodríguez et al., 2009 y de Rusbult y Lowery, 1985.</i>	<i>9</i>
<i>Figura 5: Características de los factores del modelo de Rusbult y Lowery (adaptado de Rodríguez et al., 2009).....</i>	<i>9</i>
<i>Figura 6: Oposición del work engagement frente al burnout. Adaptado de Salanova y Schaufeli (2009).</i>	<i>16</i>
<i>Figura 7: Modelo bidimensional del bienestar subjetivo en el trabajo. Adaptado de Rodríguez-Muñoz y Bakker (2013).....</i>	<i>17</i>
<i>Figura 8: Componentes diferenciados de la motivación. Adaptado a partir de Arnold y Randall, 2012. ..</i>	<i>18</i>
<i>Figura 9: Diferencias entre engagement y satisfacción laboral: sentimientos con los que se relacionan el engagement y la satisfacción laboral.</i>	<i>20</i>
<i>Figura 10: Los factores psicosociales en el trabajo. Diagrama extraído del Informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo, punto 2, 1984.....</i>	<i>22</i>
<i>Figura 11: Número de enfermeras colegiadas no jubiladas, por Comunidades Autónomas y sexos. Estadística de Profesionales Sanitarios (enfermeras) Colegiados en España a fecha 31 de diciembre de 2018, por CCAA, no jubilados y por sexos. Fuente INE.....</i>	<i>26</i>
<i>Figura 12: Efectos de la disminución del bienestar laboral en las enfermeras (elaboración propia).....</i>	<i>28</i>
<i>Figura 13: Probables problemas como consecuencia de insatisfacción laboral en enfermeras que pueda conducir a estados negligentes (elaboración propia).</i>	<i>28</i>
<i>Figura 14: Influencia de variables intra y extra personales sobre la salud, la satisfacción laboral y el work engagement de las enfermeras (elaboración propia).....</i>	<i>29</i>
<i>Figura 15: Intercorrelación entre las variables salud, satisfacción laboral y work engagement (elaboración propia).</i>	<i>30</i>
<i>Figura 16: Diagrama de flujo que muestra el proceso de solicitud de permisos. En azul se muestran las etapas por las que pasó el proyecto en cada gerencia. En verde las resoluciones favorables. En rojo los permisos denegados.</i>	<i>38</i>
<i>Figura 17: Resultados en los componentes del engagement determinados por las puntuaciones para cada subescala (Schaufeli y Bakker, 2011)</i>	<i>52</i>
<i>Figura 18: Categorías para la clasificación de los puntajes obtenidos en las subescalas o la totalidad de UWES-17. Elaborado a partir de las pautas de Schaufeli y Bakker (2011).....</i>	<i>52</i>
<i>Figura 19: Baremos para UWES-17. Se basa en una muestra de trabajadores españoles. Adaptado de Salanova y Schaufeli (20029) y Schaufeli y Bakker (2011).</i>	<i>53</i>
<i>Figura 20: Valores relacionados con la fuerza de asociación lineal. Adaptado de Pestana y Gageiro (2014).....</i>	<i>56</i>

<i>Figura 21: Análisis de regresión curvilínea mediante un modelo cuadrático. La experiencia en años como enfermera (Exp_Años) es la variable independiente y la experiencia en años como enfermera en el hospital actual (Exp_Hosp_Actual).</i>	76
<i>Figura 22: Diagrama de cajas simples. Puntuaciones en síntomas somáticos (medianas) en función del sexo. * $p < 0.05$</i>	80
<i>Figura 23: Diagrama de cajas simple en el que se observan las puntuaciones de síntomas somáticos en función de tener una especialidad o perfil activos.</i>	83
<i>Figura 24: Diagrama de cajas simple en el que se observan las puntuaciones de ansiedad insomnio en función de tener una especialidad o perfil activos.</i>	83
<i>Figura 25: Diagrama de cajas simple en el que se observan las puntuaciones de GHQ-28 en función de tener una especialidad o perfil activos.</i>	83
<i>Figura 26: Diagrama de cajas simple en el que se observan las puntuaciones de satisfacción intrínseca en función de tener una especialidad o perfil activos.</i>	86
<i>Figura 27: Diagrama de cajas simple en el que se observan las puntuaciones en dedicación en función de tener una especialidad o perfil activos</i>	89
<i>Figura 28: Diagrama de cajas simple para las puntuaciones en ansiedad-insomnio, en función del tipo de hospital en el que se trabaja. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.</i>	92
<i>Figura 29: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción general en función del tipo de contrato. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.</i>	94
<i>Figura 30: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción extrínseca en función del tipo de contrato. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.</i>	98
<i>Figura 31: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción general en función del cargo. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.</i>	99
<i>Figura 32: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción intrínseca en función del cargo. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.</i>	100
<i>Figura 33: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción extrínseca en función del cargo. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.</i>	101
<i>Figura 34: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción general en función del tipo de servicio. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.</i>	103
<i>Figura 35: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción intrínseca en función del tipo de servicio. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.</i>	104
<i>Figura 36: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción extrínseca en función del tipo de servicio. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.</i>	106
<i>Figura 37: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción general en función de la modalidad de turno. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.</i>	108
<i>Figura 38: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción intrínseca en función de la modalidad de turno. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.</i>	110

<i>Figura 39: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción extrínseca en función de la modalidad de turno. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.</i>	<i>112</i>
<i>Figura 40: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción general en función de las características del puesto. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.</i>	<i>118</i>
<i>Figura 41: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción intrínseca en función de las características del puesto. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.</i>	<i>118</i>
<i>Figura 42: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción extrínseca en función de las características del puesto. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.</i>	<i>119</i>
<i>Figura 43: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción extrínseca en función de las características del puesto. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.</i>	<i>122</i>
<i>Figura 44: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción extrínseca en función de las características del puesto. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.</i>	<i>122</i>
<i>Figura 45: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción extrínseca en función de las características del puesto. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.</i>	<i>122</i>
<i>Figura 46: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en vigor en función del tipo de jornada. .</i>	<i>125</i>
<i>Figura 47: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en dedicación en función del tipo de jornada. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.</i>	<i>126</i>
<i>Figura 48: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en absorción en función del tipo de cargo. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.</i>	<i>127</i>
<i>Figura 49: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en absorción en función del tipo de servicio. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.....</i>	<i>129</i>
<i>Figura 50: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en absorción en función de la modalidad de turno. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.</i>	<i>131</i>

Índice de tablas

<i>Tabla 1: Profesionales Sanitarios (enfermeras) Colegiados en España a fecha 31 de diciembre de 2018, por CCAA, no jubilados y por sexos. Fuente INE.....</i>	<i>27</i>
<i>Tabla 2: Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28).</i>	<i>45</i>
<i>Tabla 3: Métodos de puntaje de GHQ.....</i>	<i>47</i>
<i>Tabla 4: Ítems de las subescalas de la Overall Job Satisfaction Scale (Pérez y Fidalgo, 1993).....</i>	<i>48</i>
<i>Tabla 5: Ítems que forman parte de cada una de las subescalas de UWES-17 (Salanova y Schaufeli, 2009; Schaufeli y Bakker, 2011).....</i>	<i>51</i>
<i>Tabla 6: Medidas de tendencia central para edad, experiencia laboral como enfermera y experiencia laboral como enfermera en el hospital actual.</i>	<i>59</i>
<i>Tabla 7: Frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas relativas a edad, estado civil y número de hijos.</i>	<i>60</i>
<i>Tabla 8: Frecuencias y porcentajes de enfermeras trabajando, en función del tipo de hospital.</i>	<i>61</i>
<i>Tabla 9: Frecuencias y porcentajes de enfermeras trabajando en función del tipo de contrato que las vincula al hospital.</i>	<i>61</i>
<i>Tabla 10: Frecuencias y porcentajes de enfermeras en función del tipo de jornada laboral desempeñada en el hospital.....</i>	<i>61</i>
<i>Tabla 11: Frecuencias y porcentajes de enfermeras en función del cargo desempeñado en el hospital... ..</i>	<i>62</i>
<i>Tabla 12: Frecuencias y porcentajes de enfermeras en función del tipo de servicio en el que trabajan en el hospital.</i>	<i>62</i>
<i>Tabla 13: Frecuencias y porcentajes de enfermeras en función del tipo de turno en el que desarrollan su jornada laboral.</i>	<i>63</i>
<i>Tabla 14: Frecuencias y porcentajes de enfermeras en función de las características del puesto relativas a estabilidad en la propia unidad.</i>	<i>64</i>
<i>Tabla 15: Frecuencias y porcentajes de enfermeras en función del rango salarial percibido por su trabajo en el hospital.....</i>	<i>64</i>
<i>Tabla 16: Frecuencias y porcentajes de enfermeras en función de su estado civil.</i>	<i>64</i>
<i>Tabla 17: Frecuencias y porcentajes de enfermeras en función del número de hijos.</i>	<i>64</i>
<i>Tabla 18: Frecuencias y porcentajes en función de la posesión de titulación de enfermero especialista o de perfil acreditado (o ambos) en algún servicio.....</i>	<i>65</i>
<i>Tabla 19: Frecuencias y porcentajes de aquellas enfermeras que poseyendo titulación de especialidad o perfil acreditado, se encuentran trabajando en un servicio relacionado con dicha característica.....</i>	<i>65</i>
<i>Tabla 20: Frecuencias y porcentajes en función de los tipos de cursos de formación continuada realizados en el último año.</i>	<i>66</i>
<i>Tabla 21: Frecuencias y porcentajes de titulaciones superiores distintas a la Diplomatura o Grado en Enfermería que poseen las enfermeras que conforman la muestra.</i>	<i>66</i>

<i>Tabla 22: Frecuencias y porcentajes en función del número de titulaciones de Grado equivalente o superior a la titulación de Diplomatura/ Grado en Enfermería, que poseen las enfermeras que conforman la muestra.</i>	66
<i>Tabla 23: Puntuaciones en GHQ-28 tras la asignación de valores mediante el método Likert.</i>	67
<i>Tabla 24: Puntuaciones en GHQ-28 tras la asignación de valores mediante el método binario.</i>	67
<i>Tabla 25: Puntuaciones en GHQ-28 tras la asignación de valores mediante el método CGHQ.</i>	68
<i>Tabla 26: Puntuaciones en Overall Job Satisfaction Scale.</i>	68
<i>Tabla 27: Puntuaciones en UWES-17.</i>	68
<i>Tabla 28: Estadísticos de fiabilidad. Puntuaciones obtenidas mediante el test de alpha de Cronbach. Se muestran los resultados para la escala total (28 ítems) y para cada subescala (7 ítems) en base al método de puntaje utilizado.</i>	69
<i>Tabla 29: Estadísticos de fiabilidad para la escala y subescalas de Overall Job Satisfaction.</i>	69
<i>Tabla 30: Estadísticos de fiabilidad para UWES-17 y sus subescalas.</i>	70
<i>Tabla 31 Coeficientes de correlación (rho de Spearman) entre edad, experiencia en años, experiencia en hospital actual GHQ28 (método Likert), Overall Job Satisfaction Scale y UWES17.</i>	72
<i>Tabla 32: Coeficientes de correlación (rho de Spearman) entre edad, experiencia en años, experiencia en hospital actual GHQ28 (método binario), Overall Job Satisfaction Scale y UWES17.</i>	73
<i>Tabla 33: Coeficientes de correlación (rho de Spearman) entre edad, experiencia en años, experiencia en hospital actual GHQ28 (método CGHQ), Overall Job Satisfaction Scale y UWES17.</i>	74
<i>Tabla 34: Correlaciones (rho de Spearman) entre la edad, los años de experiencia como enfermera, los años de experiencia como enfermera en el presente hospital y las subescalas de GHQ-28 utilizando el método Likert en su puntaje</i>	75
<i>Tabla 35: Análisis de regresión cuadrático curvilíneo. Resumen de modelo y estimaciones de parámetro</i>	76
<i>Tabla 36: Correlaciones (rho de Spearman) entre las subescalas de GHQ-28 (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión) (método Likert) y de Overall Job Satisfaction Scale (Satisfacción intrínseca y satisfacción extrínseca).</i>	77
<i>Tabla 37: Correlaciones (rho de Spearman) entre las subescalas de GHQ-28 (síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión) (método Likert) y las de UWES-17 (vigor, dedicación y absorción).</i>	78
<i>Tabla 38: Correlaciones (rho de Spearman) entre las subescalas de Overall Job Satisfaction Scale (Satisfacción General, satisfacción intrínseca y satisfacción extrínseca) y las de UWES-17 (vigor, dedicación y absorción)</i>	78
<i>Tabla 39: Estadísticos de U de Mann-Whitney. Variable sexo en función de las subescalas de GHQ-28.</i>	79
<i>Tabla 40: Medianas y rangos intercuartiles de la subescala de síntomas somáticos en relación al sexo.</i>	80
<i>Tabla 41: Estadísticos de Kruskal-Wallis de variables sociodemográficas (estado civil y número de hijos) y de características del puesto (tipo de hospital, contrato, jornada laboral, cargo, servicio, turno, características del puesto y salario) en función de las subescalas de GHQ-28.</i>	81

<i>Tabla 42: Estadísticos de U de Mann-Whitney de variables dicotómicas relacionadas con la formación (especialidad/ perfil y especialidad/ perfil activos) en relación con las subescalas de GHQ-28.</i>	<i>82</i>
<i>Tabla 43: Medianas y rangos intercuartiles de las puntuaciones estadísticamente significativas en GHQ-28 en función de estar activo en la especialidad o perfil.</i>	<i>82</i>
<i>Tabla 44: Estadísticos de Kruskal-Wallis para las variables relacionadas con la formación (cursos de formación continuada en el último año y número de titulaciones superiores a parte de las de Enfermería) en relación con las subescalas de GHQ-28.....</i>	<i>84</i>
<i>Tabla 45: Estadísticos de U de Mann-Whitney para la variable sexo en relación con las subescalas de Overall Job Satisfaction.....</i>	<i>84</i>
<i>Tabla 46: Estadísticos de Kruskal-Wallis de variables sociodemográficas (estado civil y número de hijos) y de características del puesto (tipo de hospital, contrato, jornada laboral, cargo, servicio, turno, características del puesto y salario) en función de las subescalas de Overall Job Satisfaction Scale.</i>	<i>85</i>
<i>Tabla 47: Estadísticos de U de Mann-Whitney de variables dicotómicas relacionadas con la formación (especialidad/ perfil y especialidad/ perfil activos) en relación con las subescalas de Overall Job Satisfaction Scale.</i>	<i>86</i>
<i>Tabla 48: Medianas y rangos intercuartiles de las puntuaciones estadísticamente significativas en Overall Job Satisfaction Scale en función de estar activo en la especialidad o perfil.</i>	<i>86</i>
<i>Tabla 49: Estadísticos de Kruskal-Wallis para las variables relacionadas con la formación (cursos de formación continuada en el último año y número de titulaciones superiores (a parte de las de Enfermería) en relación con las subescalas de Overall Job Satisfaction.</i>	<i>87</i>
<i>Tabla 50: Estadísticos de U de Mann-Whitney para la variable sexo en relación con las subescalas de UWES-17.</i>	<i>87</i>
<i>Tabla 51: Estadísticos de Kruskal-Wallis de variables sociodemográficas (estado civil y número de hijos) y de características del puesto (tipo de hospital, contrato, jornada laboral, cargo, servicio, turno, características del puesto y salario) en función de las subescalas de UWES-17.</i>	<i>88</i>
<i>Tabla 52: Estadísticos de U de Mann-Whitney de variables dicotómicas relacionadas con la formación (especialidad/ perfil y especialidad/ perfil activos) en relación con las subescalas de UWES-17.</i>	<i>88</i>
<i>Tabla 53: Estadísticos de Kruskal-Wallis para las variables relacionadas con la formación (cursos de formación continuada en el último año y número de titulaciones superiores a parte de las de Enfermería) en relación con las subescalas de UWES-17.</i>	<i>89</i>
<i>Tabla 54: Medianas y rangos intercuartiles de las puntuaciones estadísticamente significativas en UWES-17 en función de estar activo en la especialidad o perfil</i>	<i>89</i>
<i>Tabla 55: Resumen de pruebas de hipótesis para las variables de tipo de hospital, características del puesto, salario y cursos de formación continuada en relación a sus puntuaciones para GHQ-28.</i>	<i>91</i>
<i>Tabla 56: Comparación por parejas entre las categorías de la variable tipo de hospital, en función de sus puntuaciones para la subescala de ansiedad-insomnio.....</i>	<i>92</i>
<i>Tabla 57: Resultados para GHQ-28 y subescalas, relacionados con trabajar en un hospital de área o de referencia.....</i>	<i>93</i>

<i>Tabla 58: Resumen de pruebas de hipótesis para las variables de tipo de contrato, cargo, tipo de servicio, modalidad de turno, características del puesto y categoría de salario en relación a sus puntuaciones para Overall Job Satisfaction Scale.</i>	<i>95</i>
<i>Tabla 59: Comparación por parejas entre las categorías de la variable “tipo de contrato”, en función de sus puntuaciones para satisfacción general.</i>	<i>96</i>
<i>Tabla 60: Resultados para Overall Job Satisfaction Scale relacionados con el tipo de contrato.</i>	<i>96</i>
<i>Tabla 61: Comparación por parejas entre las categorías de la variable “tipo de contrato”, en función de sus puntuaciones para satisfacción extrínseca.</i>	<i>97</i>
<i>Tabla 62: Comparación por parejas entre las categorías de la variable “cargo” en función de sus puntuaciones para satisfacción general.</i>	<i>98</i>
<i>Tabla 63: Resultados para Overall Job Satisfaction Scale relacionados con el cargo</i>	<i>99</i>
<i>Tabla 64: Comparación por parejas entre las categorías de la variable “cargo” en función de sus puntuaciones para satisfacción intrínseca.</i>	<i>100</i>
<i>Tabla 65: Comparación por parejas entre las categorías de la variable cargo en función de sus puntuaciones para satisfacción extrínseca.</i>	<i>101</i>
<i>Tabla 66: Comparación por parejas entre las categorías de la variable tipo de servicio en función de sus puntuaciones para satisfacción general.</i>	<i>102</i>
<i>Tabla 67: Resultados para Overall Job Satisfaction Scale relacionados con el tipo de servicio.</i>	<i>103</i>
<i>Tabla 68: Comparación por parejas entre las categorías de la variable tipo de servicio en función de sus puntuaciones para satisfacción intrínseca.</i>	<i>104</i>
<i>Tabla 69: Comparación por parejas entre las categorías de la variable tipo de servicio en función de sus puntuaciones para satisfacción extrínseca.</i>	<i>105</i>
<i>Tabla 70: Comparación por parejas entre las categorías de la variable modalidad de turno en función de sus puntuaciones para satisfacción general.</i>	<i>107</i>
<i>Tabla 71: Resultados para Overall Job Satisfaction Scale relacionados con la modalidad de turno</i>	<i>108</i>
<i>Tabla 72: Comparación por parejas entre las categorías de la variable modalidad de turno en función de sus puntuaciones para satisfacción intrínseca.</i>	<i>109</i>
<i>Tabla 73: Comparación por parejas entre las categorías de la variable modalidad de turno en función de sus puntuaciones para satisfacción extrínseca.</i>	<i>111</i>
<i>Tabla 74: Comparación por parejas entre las categorías de la variable características del puesto en función de sus puntuaciones para satisfacción general.</i>	<i>114</i>
<i>Tabla 75: Resultados para Overall Job Satisfaction Scale relacionados con la modalidad de turno</i>	<i>115</i>
<i>Tabla 76: Comparación por parejas entre las categorías de la variable características del puesto en función de sus puntuaciones para satisfacción intrínseca.</i>	<i>116</i>
<i>Tabla 77: Comparación por parejas entre las categorías de la variable características del puesto en función de sus puntuaciones para satisfacción extrínseca.</i>	<i>117</i>
<i>Tabla 78: Comparación por parejas entre las categorías de la variable salario en función de sus puntuaciones para satisfacción general.</i>	<i>119</i>

<i>Tabla 79: Resultados para Overall Job Satisfaction Scale relacionados con el salario.</i>	<i>120</i>
<i>Tabla 80: Comparación por parejas entre las categorías de la variable salario en función de sus puntuaciones para satisfacción intrínseca.</i>	<i>120</i>
<i>Tabla 81: Comparación por parejas entre las categorías de la variable salario en función de sus puntuaciones para satisfacción extrínseca.</i>	<i>121</i>
<i>Tabla 82: Resumen de pruebas de hipótesis para las variables de tipo de jornada, cargo, tipo de servicio y modalidad de turno, en relación a sus puntuaciones para UWES-17.</i>	<i>124</i>
<i>Tabla 83: Comparación por parejas entre las categorías de la variable tipo de jornada en función de sus puntuaciones para vigor.</i>	<i>125</i>
<i>Tabla 84: Resultados para UWES-17 relacionados con el tipo de jornada.</i>	<i>125</i>
<i>Tabla 85: Comparación por parejas entre las categorías de la variable tipo de jornada en función de sus puntuaciones para dedicación.</i>	<i>126</i>
<i>Tabla 86: Comparación por parejas entre las categorías de la variable cargo en función de sus puntuaciones para absorción.</i>	<i>126</i>
<i>Tabla 87: Resultados para UWES-17 relacionados con el cargo.</i>	<i>127</i>
<i>Tabla 88: Comparación por parejas entre las categorías de la variable tipo de servicio en función de sus puntuaciones para absorción.</i>	<i>128</i>
<i>Tabla 89: Resultados para UWES-17 relacionados con el tipo de servicio.</i>	<i>128</i>
<i>Tabla 90: Resultados para UWES-17 relacionados con la modalidad de turno.</i>	<i>129</i>
<i>Tabla 91: Comparación por parejas entre las categorías de la variable modalidad de turno en función de sus puntuaciones para absorción.</i>	<i>130</i>
<i>Tabla 92: Modelo obtenido por regresión lineal múltiple tomando al total de GHQ-28 como variable dependiente.</i>	<i>132</i>
<i>Tabla 93: Coeficientes Beta de las variables independientes obtenidos para el modelo.</i>	<i>132</i>
<i>Tabla 94: Variables excluidas durante el análisis de regresión lineal múltiple por pasos hacia atrás.</i>	<i>132</i>
<i>Tabla 95: Modelo obtenido por regresión lineal múltiple tomando la subescala de síntomas somáticos como variable dependiente.</i>	<i>133</i>
<i>Tabla 96: Coeficientes Beta de las variables independientes obtenidos para los modelos.</i>	<i>133</i>
<i>Tabla 97: Variables excluidas durante el análisis de regresión lineal múltiple por pasos hacia atrás.</i>	<i>133</i>
<i>Tabla 98: Modelo obtenido por regresión lineal múltiple tomando la subescala de ansiedad-insomnio como variable dependiente.</i>	<i>134</i>
<i>Tabla 99: Coeficientes Beta de las variables independientes obtenidos para los modelos.</i>	<i>134</i>
<i>Tabla 100: Variables excluidas durante el análisis de regresión lineal múltiple por pasos hacia atrás.</i>	<i>135</i>
<i>Tabla 101: Modelo obtenido por regresión lineal múltiple tomando la subescala de disfunción-social como variable dependiente.</i>	<i>135</i>
<i>Tabla 102: Coeficientes Beta de las variables independientes obtenidos para los modelos.</i>	<i>135</i>
<i>Tabla 103: Variables excluidas durante el análisis de regresión lineal múltiple por pasos hacia atrás.</i>	<i>136</i>

<i>Tabla 104: Modelo obtenido por regresión lineal múltiple tomando la subescala de depresión como variable dependiente</i>	<i>136</i>
<i>Tabla 105: Coeficientes Beta de las variables independientes obtenidos para los modelos.....</i>	<i>136</i>
<i>Tabla 106: Variables excluidas durante el análisis de regresión lineal múltiple por pasos hacia atrás... 137</i>	
<i>Tabla 107: Análisis de consistencia interna (alpha de Cronbach) de la escala GHQ-28 (método Likert de puntaje), por subescalas.</i>	<i>215</i>
<i>Tabla 108: Análisis de consistencia interna (alpha de Cronbach) de la escala GHQ-28 (método Likert de puntaje).</i>	<i>216</i>
<i>Tabla 109: Análisis de consistencia interna (alpha de Cronbach) de la escala GHQ-28 (método binario de puntaje), por subescalas.</i>	<i>217</i>
<i>Tabla 110: Análisis de consistencia interna (alpha de Cronbach) de la escala GHQ-28 (método binario de puntaje)</i>	<i>218</i>
<i>Tabla 111: Análisis de consistencia interna (alpha de Cronbach) de la escala GHQ-28 (método CGHQ de puntaje), por subescalas.</i>	<i>219</i>
<i>Tabla 112: Análisis de consistencia interna (alpha de Cronbach) de la escala GHQ-28 (método CGHQ de puntaje)</i>	<i>220</i>
<i>Tabla 113: Análisis de consistencia interna (alpha de Cronbach) de la escala Overall Job Satisfaction y sus subescalas.....</i>	<i>221</i>
<i>Tabla 114: Análisis de consistencia interna (alpha de Cronbach) de las subescalas del cuestionario UWES-17</i>	<i>222</i>
<i>Tabla 115: Análisis de consistencia interna de la escala UWES-17 completa.....</i>	<i>223</i>
<i>Tabla 116: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra respecto a edad, experiencia en años y experiencia en hospital actual.</i>	<i>225</i>
<i>Tabla 117: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra respecto a GHQ-28 (método Likert de puntaje).</i>	<i>225</i>
<i>Tabla 118: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra respecto a GHQ-28 (método binario de puntaje)</i>	<i>226</i>
<i>Tabla 119: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra respecto a GHQ-28 (método CGHQ de puntaje)</i>	<i>226</i>
<i>Tabla 120: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra respecto a Overall Job Satisfaction.</i>	<i>227</i>
<i>Tabla 121: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra respecto a UWES-17.</i>	<i>227</i>

Capítulo 1

Introducción

La calidad asistencial en Enfermería es de suma importancia en la actualidad y supone un claro determinante sobre la evolución y seguridad de los pacientes. Las enfermeras (referidas a ambos sexos) son en un elevado porcentaje, personal de primera línea. Es decir, pertenecen a un grupo de profesionales sanitarios que está en contacto directo con el usuario. Esto implica que sus acciones, así como la toma de decisiones, van a tener un efecto inmediato sobre el paciente y sobre su seguridad (Vincent y Amalberti, 2016). Las enfermeras deben mantener un esfuerzo constante para desarrollar una práctica óptima y con ello preservar la seguridad del paciente. En la actualidad hay una tendencia hacia la elaboración de guías y protocolos para aumentar la seguridad del paciente y que el personal de primera línea actúe de manera sistemática ante determinadas situaciones, mejorando así la calidad de sus intervenciones. No obstante, hay autores que señalan que muchas de estas guías están diseñadas de manera que pueden suponer un incremento en la carga de trabajo del personal, provocando de forma paradójica un aumento en la inseguridad del paciente (Vincent y Amalberti, 2016). Además, hay que tener presente que la calidad asistencial aportada por las enfermeras no solo va a estar determinada por la organización sistemática de guías y protocolos, si no que habrá que tener en cuenta otras variables. La motivación del personal, así como su satisfacción o su bienestar laboral, pueden repercutir en la calidad asistencial del personal sanitario (Mendes et al., 2013). Asimismo, también pueden influir sobre las enfermeras de forma personal y en esferas fuera de la laboral (Korompeli et al., 2014). Por lo tanto, además de estar en juego la salud de los pacientes, también lo está la de las propias enfermeras. Es por esto, que hay que tener en consideración variables determinantes tanto a nivel personal (de los profesionales de Enfermería) como a nivel social, ya que pueden tener efectos sobre la calidad asistencial y por lo tanto sobre la calidad de la propia institución sanitaria. En muchas de estas variables jugará un papel fundamental la institución y la gestión de la misma.

En este sentido, han surgido diversos modelos de excelencia como el Modelo *EFQM* (*European Foundation Quality Management*), Modelo *Deming* (Japón), Modelo Iberoamericano o el Modelo *Malcom Baldrige* (Norteamérica). Dichos modelos, basándose en los principios de la Gestión de la Calidad Total, tienen en cuenta las dimensiones críticas de la misma (Zardoya, Guevara, García y Marzo, 2007). Diversos investigadores, aportaron evidencias empíricas en relación a dichas dimensiones

críticas de la gestión de la calidad. En el caso de Saraph et al. (1989) (como se citó en Zardoya et al., 2007), uno de los factores críticos fue el relativo a las relaciones concernientes a los empleados. En cuanto a la explicación de este factor crítico, los investigadores hacen referencia a cuestiones como la implementación de la implicación de los empleados y de los círculos de calidad, el fomento de la participación y responsabilidad de los empleados en decisiones relativas a cuestiones de calidad, el reconocimiento dado a los empleados cuando alcanzan mayores grados de ejecución de calidad, eficiencia del sistema de supervisión que abarque los aspectos relativos a la calidad y concienciar a todos los empleados de la importancia de la calidad (Zardoya et al., 2007). Powell (1995) (como se citó en Zardoya et al., 2007), también presentó varias dimensiones críticas de la Gestión de la Calidad Total entre las que se incluía la asignación de derechos de decisión a los trabajadores (Zardoya et al., 2007).

Si se repasan atentamente estos factores, puede observarse que muchos de ellos están muy relacionados con cuestiones relativas a la motivación, la satisfacción laboral y al bienestar laboral de los trabajadores. Dada la tendencia a la instauración de Modelos de Gestión de la Calidad en las instituciones sanitarias, resulta obvio que estos factores críticos se han de tener en consideración y por lo tanto la satisfacción de los trabajadores y su bienestar. Muchos de los aspectos señalados son importantes en el contexto laboral ya que pueden influir sobre la satisfacción laboral intrínseca al otorgar un reconocimiento y responsabilidades, y sobre la extrínseca al tener en cuenta expectativas del trabajador asociadas al contexto del trabajo (Osca, 2004). Es decir, son elementos que deberían valorarse a la hora de diseñar los puestos de las enfermeras o de modelar las condiciones bajo las cuales ejercerán su labor. Tomar en consideración aspectos como estos por parte de las instituciones, es importante para el personal de Enfermería y el desempeño de su actividad. En este punto, conviene recordar que incluso alguna pionera de los cuidados de Enfermería, hizo referencia a cuestiones de esta índole. Concretamente, un personaje fundamental en el desarrollo de la ciencia enfermera como es Florence Nightingale, en su obra *“Notas sobre enfermería. Qué es y que no es”* (1859). En ella hacía referencia a los cuidados básicos de calidad que deben realizar las enfermeras, detallando una serie de aspectos higiénicos de los cuidados y aludiendo a la responsabilidad de las enfermeras, pero puntualizando: “Con esto no quiero decir que la enfermera sea siempre la responsable. Una mala sanidad, una mala arquitectura y una mala administración a menudo hacen imposible cuidar” (Nightingale, 1859, p.2).

Es importante destacar que esta reflexión se realizó en el siglo XIX cuando ni siquiera se habían desarrollado las teorías que se van a detallar en el presente trabajo. Aún así, parece lógico relacionar esta afirmación con el hecho de que la actuación de las

enfermeras estará determinada por cuestiones como el bienestar laboral y que a su vez este puede estar influenciado por la “arquitectura” de las instituciones. Por ello es necesario analizar variables de tipo motivacional, de satisfacción laboral, bienestar y de salud de las enfermeras. También es importante examinar la interacción entre dichas variables, considerando factores relativos a su puesto de trabajo que puedan condicionar a las mismas. Esto puede aportar información útil a la institución de cara a mejorar el bienestar de las enfermeras y con ello, la calidad de sus trabajos.

Existen estudios recientes en los que se señala como determinantes de la motivación, de la satisfacción de las enfermeras o de su propia salud a aspectos como el grado de estabilidad laboral, la turnicidad, el tipo de vínculo con la empresa/administración o la realización profesional (Carrillo-García et al., 2014; Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Tarragona [CODITA], 2012; González-Gancedo, Fernández-Martínez, y Rodríguez-Borrego, 2019; Herrera-Amaya y Manrique-Abril, 2008; Innanen, Tolvanen, y Salmela-Aro, 2014; Mendes et al., 2013; Rayton y Yalabik, 2014; Yuan et al., 2018) .

A nivel general de todos los trabajadores y tal y como citaron Moreno-Jiménez y Garrosa (2013), la OIT (Organización Internacional del Trabajo) y la OMS (Organización Mundial de la Salud) desarrollaron, en el Comité Mixto ILO/WHO (acrónimos del inglés: *International Labour Organization* y *World Health Organization*) de 1950 (revisada en 1995), una declaración conjunta que establece que:

La salud en el trabajo debería tener como objetivo la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones; la prevención entre los trabajadores de las desviaciones de salud causados por sus condiciones de trabajo; la protección de los trabajadores en su empleo contra los riesgos resultantes de factores adversos para la salud; la colocación y el mantenimiento del trabajador en un entorno de trabajo adaptado a sus capacidades fisiológicas y psicológicas y; para resumir: la adaptación del trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo (ILO, 2011).

Por lo tanto, en el caso de las enfermeras, sería de utilidad para las organizaciones conocer datos relativos a la dinámica que se produce entre variables como la satisfacción laboral, el bienestar laboral y la salud. Esto aportaría información útil de cara a la prevención de situaciones que puedan repercutir sobre su salud y consecuentemente sobre la calidad de sus cuidados y la seguridad del paciente. No hay que olvidar que se trata de personal de primera línea en contacto directo con el usuario.

Por otro lado, al señalar que la salud de las enfermeras puede verse afectada por cuestiones relativas a su puesto de trabajo, se alude de manera explícita a cuestiones

de salud laboral. Dicho concepto ha ido variando a lo largo de la historia. En un principio se enfocaba como un concepto reactivo (Moreno-Jiménez y Garrosa, 2013). Es decir, se intervenía sobre las condiciones una vez que el daño a la salud ya se había producido (accidente-enfermedad). En la actualidad, esto ha cambiado y la formulación del concepto ha pasado a ser de carácter activa y preventiva. Se busca por lo tanto, la prevención y evitación del daño, así como el desarrollo de la salud en el trabajo (Moreno-Jiménez y Garrosa, 2013). En este contexto de formulación activa-preventiva, es donde creemos que los datos surgidos de la presente Tesis Doctoral aportarán información útil. Dicha información podría mejorar las actuaciones de las organizaciones en sus programas de evitación del daño, prevención y desarrollo de la salud en el trabajo. Hay que tener en cuenta que la cultura de la salud laboral propone la supresión de daños materiales y personales, así como el desarrollo físico, social y mental de los trabajadores, buscando como objetivo un estado funcional que permita la participación plena del trabajador en la productividad de la empresa (Moreno-Jiménez y Garrosa, 2013). Por lo tanto y tal como señala la OMS, no solo se trata de evitar el daño. También es necesario promocionar la salud física, mental y social. La información obtenida en esta Tesis también podría ser útil en este sentido de promoción del bienestar laboral.

Además de por dicha utilidad, la relevancia de la información aportada se ve reforzada por la cuestión legal. No se debe olvidar que a nivel legislativo se incide en la necesidad de tomar en consideración aspectos como los mencionados. A día de hoy, las intervenciones de cara a lograr condiciones óptimas de salud laboral se ven refrendadas por la ley. Existen diversas leyes que defienden el derecho a la salud en el trabajo (Moreno-Jiménez y Garrosa, 2013). A nivel nacional, en la Constitución Española (1978) dentro del Título I “De los derechos y deberes fundamentales”, en su capítulo tercero “De los principios rectores de la política social y económica”, el artículo 40.2 (art. 40.2 CE) dice:

Asimismo, los poderes públicos fomentarán una política que garantice la formación y readaptación profesionales; velarán por la seguridad e higiene en el trabajo y garantizarán el descanso necesario, mediante la limitación de la jornada laboral, las vacaciones periódicas retribuidas y la promoción de centros adecuados. (Constitución Española, 1978)

A nivel europeo, también existe legislación relativa a la salud laboral, como en la Directiva Europea 89/391/EEC de 12 de junio 1989. Tanto esta legislación como la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, de 8 de noviembre (1995), vigente en España, muestran los cambios en el planteamiento de la salud laboral como problema

colectivo (social y empresarial) y como un derecho del trabajador, abandonando el enfoque individualista que se le daba (Moreno-Jiménez y Garrosa, 2013).

Por lo tanto, se refuerza la importancia del análisis de este tipo de variables y de otras asociadas al puesto de trabajo que puedan repercutir sobre las mismas. Además, esta importancia se ve acrecentada por el hecho de que estas variables también afectan al estado de salud de las enfermeras y a las relaciones con su entorno (Jenaro, Flores, Orgaz, y Cruz, 2011; Korompeli et al., 2014; Schaufeli y Bakker, 2011; Vander Elst et al., 2016).

En definitiva, se considera necesario valorar factores que puedan repercutir sobre la salud de las enfermeras y sobre la calidad de los cuidados que prestan, ya que ello determinará las acciones sobre el usuario y los resultados obtenidos. Concretamente, en el presente trabajo se analizarán las características de la relación que se establece entre las variables mencionadas. Específicamente entre satisfacción laboral (general, intrínseca y extrínseca), *Work Engagement* (teniéndolo en cuenta como un aspecto motivacional y a su vez como un estado positivo de bienestar) y salud (síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión). Además se tendrá en cuenta la influencia que puedan tener los aspectos característicos del puesto de trabajo sobre estas variables y sus relaciones.

1.1 Satisfacción laboral

La satisfacción laboral supone una variable relevante en el presente trabajo. Probablemente sea una de las variables más estudiadas en lo que a su forma de bienestar laboral subjetivo se refiere (Bakker y Oerlemans, 2011). En primer lugar, parece jugar un papel importante dentro de la definición de los factores psicosociales, los cuales son definidos por la OIT como:

Interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo. (Comité Mixto OIT-OMS, 1984)

En este documento, la OIT dio un primer listado de posibles factores de riesgo psicosociales entre los que citó algunos que pueden tener influencia sobre la satisfacción laboral, como por ejemplo: la sobrecarga en el trabajo, la falta de control, el conflicto con la autoridad, la desigualdad en el salario, la falta de seguridad en el trabajo,

el trabajo por turnos, el peligro físico, o los problemas de las relaciones laborales (Comité Mixto OIT-OMS, 1984; Moreno-Jiménez y Garrosa, 2013; OIT, 1986).

Por otro lado, la elevada importancia de la satisfacción laboral puede atribuirse a cuestiones culturales, funcionales e históricas. En cuanto a las razones de tipo cultural, se trata del valor dado a la posibilidad de crecimiento personal (realización) a través del trabajo, que es característico de las sociedades industrializadas y que enfatiza la búsqueda del bienestar social general y concretamente de los contextos laborales (Osca, 2004; Rodríguez, Zarco, González, 2009). Por su parte, las cuestiones funcionales tienen que ver con la influencia de la satisfacción laboral sobre aspectos como el absentismo, el rendimiento o la evaluación subjetiva de las condiciones laborales (Osca, 2004). En cuanto a las cuestiones históricas, el foco se pone en la relevancia que ha alcanzado esta variable desde los primeros estudios de Mayo, que a su vez supusieron un cambio en los planteamientos de Tylor sobre la gestión científica del trabajo (Osca, 2004).

En la actualidad, no existe una definición consensuada de satisfacción laboral. Locke (1969) ofreció una definición que ha sido ampliamente utilizada: *“Estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales de las personas”*. Aun así, conviene destacar que el hecho de experimentar satisfacción con las experiencias laborales, puede generar elevado placer, pero a la vez limitar los niveles de energía o de aspiraciones (Bakker y Oerlemans, 2011). Debido a esa falta de consenso a la hora de definir la satisfacción laboral, existen múltiples definiciones (Figura 1). Dichas definiciones pueden englobarse en tres grupos: situacionales, disposicionales y centradas en las emociones (Osca, 2004). Son las teorías situacionales las que han servido de marco teórico para el análisis de la satisfacción laboral en la presente Tesis Doctoral, debido a que este tipo de teorías están ampliamente desarrolladas en el campo de la psicología ocupacional (Osca, 2004).

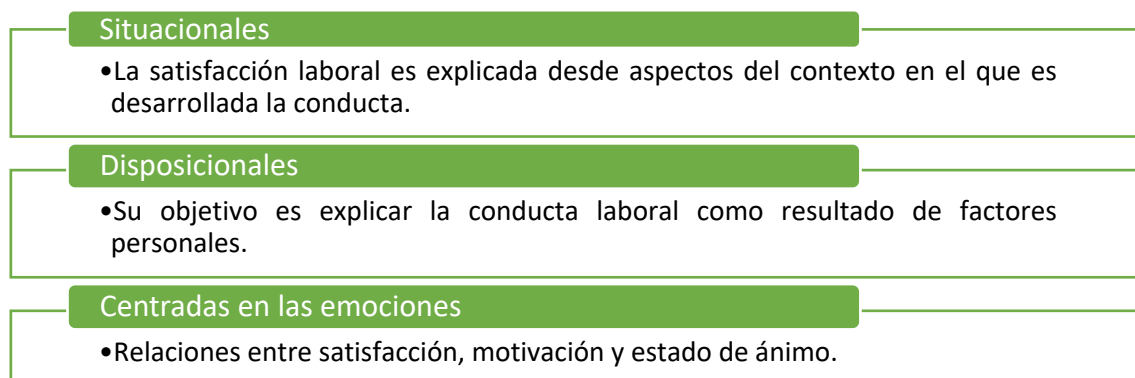


Figura 1: Categorías de clasificación de las distintas teorías sobre la satisfacción laboral (Osca, 2004).

Una de las teorías más relevantes en este grupo teórico es la teoría desarrollada por Herzberg y conocida como teoría de los dos factores, o como teoría dual o teoría de la motivación/higiene (Herzberg, 1966). Herzberg observó durante sus análisis una serie de factores agrupables en dos grupos. Uno de los grupos explicaba la satisfacción laboral, mientras que el otro explicaba la insatisfacción laboral. Los factores del primer grupo (explicativos de la satisfacción laboral), estaban relacionados con el contenido del trabajo, mientras que los del segundo grupo (explicativos de la insatisfacción), lo estaban con el contexto del trabajo. De esta manera, la teoría de los dos factores de Herzberg viene a explicar que, si el trabajo posibilita factores de contenido al empleado, este se sentirá satisfecho. La insatisfacción, sin embargo, estará presente cuando no se dan factores de contexto. Aun así, hay que tener en cuenta que el que se den estos últimos no provoca satisfacción (Osca, 2004). Es decir, el que estén presentes, solo explicaría que el empleado no esté insatisfecho, y no podría explicar la propia satisfacción laboral de dicho empleado. Esto es lo que llevó a denominar factores higiénicos a los factores de contexto (no generan satisfacción), y motivadores a los de contenido (si generan satisfacción) (Osca, 2004). En resumen, podría decirse que las necesidades extrínsecas (higiénicas) son las referidas al medio ambiente físico y psicológico del trabajo, y que las necesidades intrínsecas son las referidas al contenido del trabajo. Satisfaciendo las necesidades extrínsecas o higiénicas, el trabajador no se mostrará insatisfecho, aunque tampoco estará satisfecho (estado neutro). Por otro lado, si alcanzase las necesidades intrínsecas o motivacionales, el trabajador estaría satisfecho (Carrillo-García et al., 2014). En la Figura 2, se pueden observar los factores que se consideran asociados, por un lado al contenido del trabajo y, por otro lado, al contexto del trabajo:

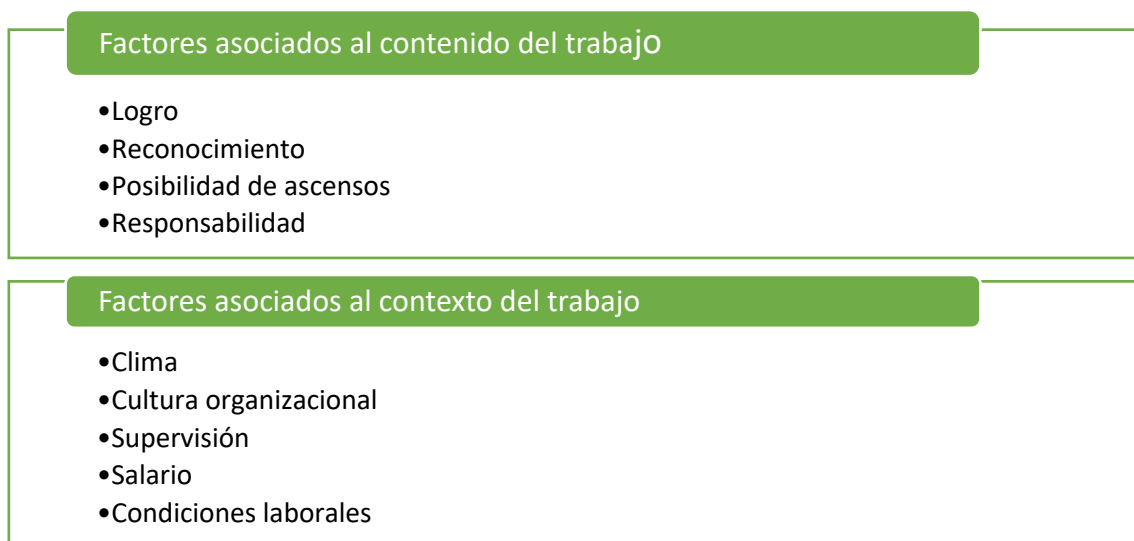


Figura 2: Factores asociados al contenido del trabajo (intrínsecos) y al contexto del trabajo (extrínsecos)

No obstante, Herzberg identificó a posteriori otros factores que incrementan el poder predictivo de su teoría y que además no forman parte de estos dos grupos de factores intrínsecos y extrínsecos. Dichos factores son la presencia de *feedback* directo, dar a los trabajadores la posibilidad de crecer como personas, el manejo adecuado del tiempo de trabajo, el uso de canales de comunicación y dar responsabilidad a los trabajadores en los resultados de la organización (Osca, 2004).

Por lo tanto, parece claro que los niveles de satisfacción laboral podrían repercutir en el desempeño laboral de las enfermeras, ya que se ha observado una correlación entre la satisfacción laboral y variables como la motivación, la dedicación, el absentismo, la rotación personal, el rendimiento, el estrés, la salud, el bienestar y la ciudadanía en la organización (Figura 3) (Rodríguez et al., 2009).



Figura 3: Factores correlacionados con la satisfacción laboral.

En base a esto, parece lógico pensar que en una situación en la que los trabajadores se encuentran insatisfechos (baja satisfacción laboral), puede haber consecuencias negativas sobre el trabajo. Dicha situación es la que mostraron Rusbult y Lowery en 1985 a través de un modelo teórico que recoge los estados del individuo respecto a su organización (Rusbult y Lowery, 1985). Los estados de ánimo son confrontados con dos categorías de actuación. Se toman como estados de ánimo “activo” y “pasivo”, mientras que las categorías de actuación son “destruktiva” y constructiva”. Según el modelo, la combinación de estos 4 factores puede ofrecer predicciones a cerca del comportamiento de los trabajadores: un empleado completamente satisfecho, se podría dirigir hacia un estado de lealtad. Además, en el modelo, se deben de tener en cuenta otros cuatro factores: abandono, expresión, negligencia y lealtad (Rodríguez et al., 2009). En la Figura 4, puede verse la representación del modelo.

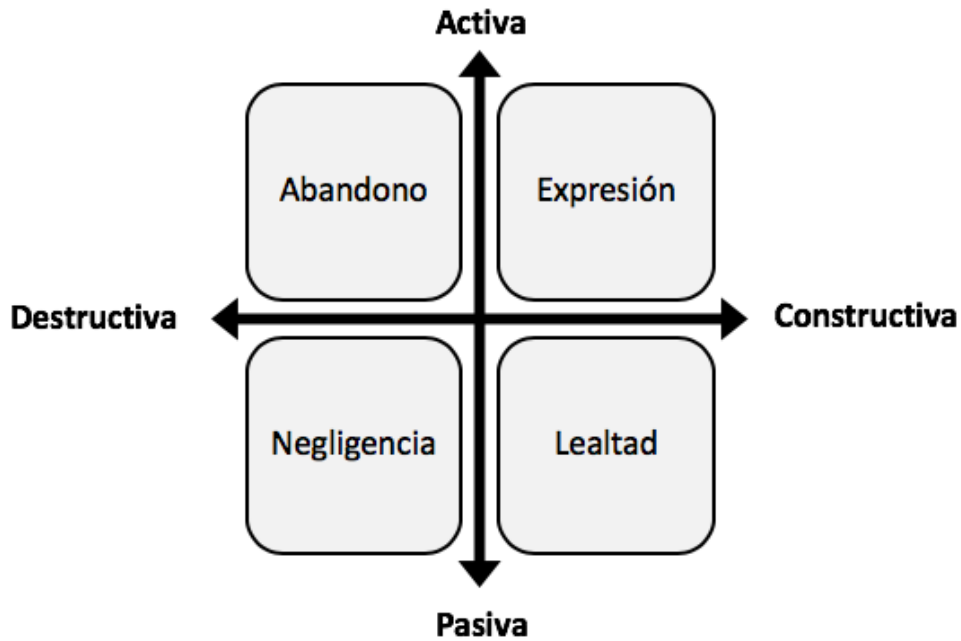


Figura 4: Modelo de Rusbult y Lowery. Adaptado de Rodríguez et al., 2009 y de Rusbult y Lowery, 1985.

Para la adecuada comprensión de este modelo, es necesario conocer cuáles son las características de los cuatro factores conocidos como abandono, negligencia, expresión y lealtad. En la Figura 5 se muestran las características fundamentales de cada uno de dichos factores. De este modelo, se extrae (sobre todo en el factor negligencia), que estados pasivos y destructivos causados por un estado de insatisfacción, pueden desencadenar actitudes que irán en detrimento de las funciones de los profesionales. En el caso del personal de Enfermería, los cuidados de Enfermería.

Abandono

- Comportamiento individual consecuencia de insatisfacción.
- Conducta orientada al abandono de la empresa y la búsqueda de nuevo empleo.

Expresión

- Trabajadores insatisfechos realizan intentos activos y constructivos (sugerencia de mejoras, análisis de problemas).
- Si la empresa lo considera, aumenta la satisfacción, de lo contrario, disminuye.

Negligencia

- Actitudes pasivas que empeoran la situación.
- Incluye absentismo, y retrasos crónicos.
- Se merman los esfuerzos de los trabajadores y aumenta el número de errores.

Lealtad

- Espera pasiva y optimista para mejorar la situación.
- Establece necesidad de defender a la organización frente a críticas externas.
- Confía en que la administración hará lo conveniente para superar las crisis.

Figura 5: Características de los factores del modelo de Rusbult y Lowery (adaptado de Rodríguez et al., 2009).

1.2 Bienestar en el trabajo

El bienestar en el trabajo, es una parte integrante de la salud laboral y su búsqueda ha sido relevante dentro de la psicología del trabajo. Actualmente muestra mucha relación con los nuevos planteamientos de la psicología positiva (Moreno-Jiménez y Garrosa, 2013). Algunos autores relacionan el bienestar en términos genéricos con la visión aristotélica de la buena vida, conocida como “noción de *eudaimonía*”. Dicha noción afirmaba que la sensación de bienestar no se alcanza simplemente a través del placer sensorial, sino también mediante aspectos como la seguridad, la autonomía, la buena salud, el compañerismo, la sensación de ser respetado y reconocido socialmente y además de un sentimiento de conexión con la comunidad y el medio ambiente (Frayne, 2015). Durante la segunda mitad del siglo XX, en la senda de la psicología del trabajo, se plantearon interesantes enfoques sobre el bienestar laboral cuyos autores son citados por Moreno-Jimenez y Garrosa en 2013: Así en 1960, McGregor hablaba del liderazgo transformacional (acción de grupo y liderazgo atento a las necesidades de todos los miembros). Por otro lado, Argirys (1964) planteó integrar las necesidades del trabajador y la organización en el desarrollo común de ambas. Finalmente, Herzberg (1959) también se ocupó del bienestar laboral planteando la mejora de la salud mental de los trabajadores a partir de la autonomía y la responsabilidad. Esta última propuesta se ha considerado interesante para la presente Tesis, ya que como se comentó previamente, el análisis de la satisfacción laboral se ha enmarcado en la teoría bifactorial de Herzberg (1966) y además se han tenido en consideración cuestiones relativas a la salud mental de las enfermeras. Ya en la década de los 70, la Psicología organizacional comenzó a centrarse en los factores psicosociales y de riesgo (Moreno-Jiménez y Garrosa, 2013).

Por otro lado, es necesario aclarar, que el bienestar en el trabajo muestra la no alienación del trabajador (Moreno-Jiménez y Garrosa, 2013), entendiendo esta como una descripción que se ha utilizado de manera flexible, siguiendo a Marx, para describir un sentimiento de indiferencia de los trabajadores hacia el trabajo que desempeñan (Frayne, 2015) o de extrañamiento de la persona ante su propia acción (Moreno-Jiménez y Garrosa, 2013). El trabajo puede suponer el asentamiento para el desarrollo de potencialidades.

Considerando que el bienestar laboral implica la supresión de estresores laborales en combinación con factores como el clima organizacional (comunicación, apoyo y responsabilidad grupal) o factores directivos (que aumentan seguridad y facilitan el desarrollo de los cometidos), se podría afirmar que dichos factores se asociarían a estados emocionales positivos de los trabajadores (Moreno-Jiménez y Garrosa, 2013).

De hecho, los resultados ofrecidos por algunos investigadores, muestran que el apoyo organizacional está relacionado con estados emocionales positivos (Moreno-Jiménez y Garrosa, 2013; Rhoades y Eisenberger, 2002). Dichos resultados aparecen en el metaanálisis llevado a cabo por Rhoades y Eisenberg en 2002. Una revisión de 73 estudios en la que se observaron tres categorías de trato beneficioso recibido por los empleados: trato justo y apoyo por parte del supervisor, recompensas de la organización y condiciones de trabajo favorables. Dichos aspectos se relacionaron positivamente con el apoyo organizacional percibido, lo cual a su vez se relacionó con resultados positivos en satisfacción laboral, estado de ánimo positivo, compromiso, desempeño del trabajo y menor abandono (Rhoades y Eisenberger, 2002). Por lo expuesto, es previsible que los resultados de la presente Tesis Doctoral, puedan aportar datos relevantes para las organizaciones sanitarias a la hora de desarrollar políticas que aumenten el bienestar de las enfermeras. No hay que olvidar que al fin y al cabo, la idea básica del bienestar laboral consistiría en asociar características organizacionales positivas con la excelencia de los trabajadores en su tarea, teniendo en cuenta sus diferentes aspectos y no solamente el aspecto de la productividad (Moreno-Jiménez y Garrosa, 2013).

En cuanto a los estados de ánimo positivos, en los últimos años destaca el concepto de *work engagement*, que hace referencia a un estado mental positivo, satisfactorio, relacionado con el trabajo y que se ha demostrado que es beneficioso tanto para los trabajadores como para la organización (Schaufeli, 2018). Por este motivo, se trata de una de las variables de estudio en el presente análisis, ya que puede ser un indicador objetivo del bienestar de las enfermeras. De hecho, el cuestionario que se utiliza para la medición del *work engagement*, se titula en su versión en castellano como “encuesta de bienestar y trabajo” (Schaufeli y Bakker, 2011). Además, tal y como se comentaba al principio de este apartado, el bienestar laboral, es una cuestión relevante dentro de la reciente corriente conocida como Psicología positiva y una de las características de esta disciplina es que tiene un carácter eminentemente empírico, lo cual es relevante para la Psicología de la salud ocupacional. Al hablar de carácter empírico, se hace referencia a que trabaja con constructos operacionalizados. Entre estos constructos se encuentra precisamente el de *work engagement* (Schaufeli y Bakker, 2011).

1.2.1 El concepto de *engagement* en el trabajo como constructo.

El surgimiento de la Psicología positiva ha fomentado en los últimos años el estudio científico de las capacidades humanas y de su funcionamiento óptimo. Esto es complementario frente al planteamiento tradicional de la Psicología, más centrado en la Psicopatología, el trastorno, la enfermedad, la perturbación o la disfunción. Como consecuencia de este surgimiento, en la Psicología de la salud ocupacional también han

tomado relevancia los aspectos positivos de la salud y el bienestar, entre los que se encuentra el *engagement* en el trabajo (Schaufeli y Bakker, 2011). No existe una traducción exacta al castellano para este concepto. Aunque podrían utilizarse aproximaciones terminológicas como “compromiso”, “implicación laboral” o “vinculación con el trabajo” (quizás esta última la mas cercana al concepto), estos no son términos equivalentes a *engagement* (Rodríguez-Muñoz y Bakker, 2013). De hecho muchos de estos conceptos en castellano ya tienen su equivalente concreto en la lengua inglesa como por ejemplo: implicación en el trabajo (*work involvement*); compromiso organizacional (*organizational commitment*); dedicación al trabajo (*work attachment*); adicción al trabajo (*workaholism*) (Salanova y Schaufeli, 2009). Por este motivo, al igual que ocurre con otros trabajos, en el presente estudio se ha utilizado el concepto original. Aun así, queda claro el aspecto positivo del término a la hora de describir el estado del trabajador hacia sus tareas. Esto significa que en la aproximación positiva de la salud psicosocial, el *engagement* juega un papel relevante (Salanova y Schaufeli, 2009). No hay que olvidar además, su fuerte relación con el concepto de bienestar definiéndolo algunos autores como un estado mental positivo, satisfactorio y de carácter motivacional, relacionado con el bienestar laboral (Leiter y Bakker, 2010).

Aunque el *engagement* es un concepto importante dentro de la Psicología positiva, ha sido la investigación sobre un aspecto negativo la que ha catalizado el desarrollo de este concepto. Concretamente, el análisis del concepto *burnout* ha estimulado el desarrollo de los análisis sobre el *engagement* (Rodríguez-Muñoz y Bakker, 2013). De hecho, algunos autores llegan a considerar al *engagement* como el polo opuesto al *burnout* (Schaufeli y Bakker, 2011), ya que los empleados que están quemados en el trabajo, se sienten fatigados y ven su trabajo como estresante y demandante, mientras que los empleados con *engagement* presentan elevado sentido de conexión y compromiso laboral, percibiendo su trabajo como un reto (Rodríguez-Muñoz y Bakker, 2013).

En cuanto a la historia del concepto *engagement*, el origen del término, entendiéndolo como *engagement* del empleado o trabajador, no está claro. Además existen dos corrientes de estudio del *engagement*. Por un lado en el ámbito de las consultorías y por otro lado en el ámbito académico (Salanova y Schaufeli, 2009).

En el ámbito de las consultorías, se atribuye la utilización de este término por primera vez (a finales de los años noventa) a la consultora “Organización Gallup”. Muchas empresas, han declarado encontrar pruebas concluyentes acerca de la relación entre el *engagement* en el trabajo y el aumento de la rentabilidad a través de mayor

productividad, seguridad, beneficios y retención de empleados (Salanova y Schaufeli, 2009). Aun así, en muchos casos estas afirmaciones podrían cuestionarse debido a que no se pueden verificar sus estudios, al carecer de información esencial de los análisis y debido a la imposibilidad de evaluarlos públicamente al tratarse de informes internos (Salanova y Schaufeli, 2009). Es decir, no se puede atribuir validez a estudios en los que no aparece información como el cuestionario utilizado, su validez/fiabilidad, los criterios de inclusión de las unidades muestrales, la tasa de respuesta, cuestiones relativas a la muestra, a los métodos de medición o a la significación estadística. Por otro lado, muchas consultorías ofrecieron definiciones de *engagement* que muestran elevada variabilidad entre las mismas. Por lo tanto, no se puede comprobar si la operacionalización del *engagement* es fiable. En definitiva, por lo menos hasta 2009, los cuestionarios de *engagement* utilizados por las empresas consultoras no eran públicos, salvo en el caso de la Organización Gallup (Salanova y Schaufeli, 2009). Dicha consultoría hizo público el cuestionario de 12 preguntas conocido con *Gallup Q¹²* o Auditoría del Lugar de Trabajo de Gallup (*The Gallup Workplace Audit. The Gallup Organization. 1992-1999*) (Salanova y Schaufeli, 2009). Dicho instrumento incluía 12 preguntas que, realmente, hacían referencia a la percepción del empleado sobre las características de su trabajo, y además añadía un ítem que medía la satisfacción (Harter, Schmidt, y Hayes, 2002). Aun así, este instrumento fue diseñado como herramienta de dirección más que como un instrumento de investigación. Es decir, tiene utilidad para los gerentes a la hora de promover cambios en el contexto laboral (Salanova y Schaufeli, 2009). De hecho, en las conclusiones de un metaanálisis en el que se incluyeron 7939 unidades de negocios de 36 compañías, sobre el uso de esta herramienta, se concluye con la importancia de la utilidad de un instrumento que permita actuar o mejorar las prácticas de dirección (Harter et al., 2002). Por lo tanto, esta herramienta valora los recursos percibidos por el trabajador en su trabajo (Harter et al., 2002), pero no su nivel subjetivo de *engagement*, por lo que no se podría decir que el *Gallup Q¹²* valore un estado psicológico (Salanova y Schaufeli, 2009).

En el ámbito académico, se diferencian dos aproximaciones hacia el *engagement*: como rol laboral (que parte del marco teórico del rol), y como realización del trabajador (partiendo del marco teórico de la salud ocupacional) (Salanova y Schaufeli, 2009). Se atribuye a Kahn el haber sido de los primeros autores en elaborar una teoría sobre el *engagement* en torno a 1990. Dicho autor lo entendía como energía concentrada dirigida hacia metas organizacionales. Describía a los empleados que se encontraban en este estado como personas conectadas (física, cognitiva y emocionalmente) con sus roles (Rodríguez-Muñoz y Bakker, 2013). Concretamente lo denominó como *engagement*

personal definiéndolo como “*aprovechamiento de los miembros de la organización de sus propios roles en el trabajo: en el engagement, las personas utilizan y se expresan a sí mismas física, cognitiva, emocional y mentalmente durante el desarrollo de sus roles*” (Kahn, 1990, p. 694, cita traducida por Salanova y Schaufeli, 2009). A su vez, definió el concepto *disengagement* personal como “*la desconexión del trabajador de los roles de trabajo: durante el disengagement los trabajadores se apartan y se defienden física, cognitiva o emocionalmente durante el desarrollo de sus roles*” (Kahn, 1990, p. 694, cita traducida por Salanova y Schaufeli, 2009), lo que implica aproximarse al *engagement* como rol laboral. En definitiva, este investigador buscaba identificar variables que explicasen el proceso por el cual los trabajadores se ajustaban a sí mismos en sus roles, mediante la observación en determinados momentos de la realización de tareas (Kahn, 1990). Kahn argumentaba que los trabajadores *engaged* se esfuerzan mucho en su trabajo, ya que se sienten identificados con él. De hecho, basándose en investigaciones de carácter cualitativo, identificó tres condiciones de carácter psicológico necesarias en los roles de trabajo de las personas *engaged*: significación (del trabajo en sí mismo, reto); seguridad (del lugar del trabajo, fiabilidad y previsibilidad) y disponibilidad (de recursos físicos y psicológicos para lograr la mejora del rol laboral) (Salanova y Schaufeli, 2009). Dos años después (1992), Kahn hace una diferenciación del concepto *engagement* desde la presencia psicológica (estar completamente inmerso). Esto le llevó a crear un modelo que incluía las tres condiciones psicológicas mencionadas, la presencia psicológica y el *engagement* personal. También asumió que el *engagement* produce resultados individuales y organizacionales. No obstante este modelo, apenas se ha puesto a prueba de manera empírica, con lo que algunos autores lo consideran como una aportación teórica (Salanova y Schaufeli, 2009).

Continuando en el ámbito académico del análisis de este concepto, otro enfoque es el del *engagement* como estado de realización. Es en este marco del *engagement* donde se ha situado el análisis del constructo en el presente trabajo. Esto es así, debido a que dicho enfoque está muy relacionado con los aspectos psicológicos. Además, ha dado lugar a una serie de investigaciones que han consolidado al *engagement* en el trabajo como constructo operacionalizado. Según este punto de vista, el *engagement* en el trabajo es considerado como un estado psicológico de realización, e incluso como lo opuesto al *burnout* (su antítesis positiva) (Rodríguez-Muñoz y Bakker, 2013; Salanova y Schaufeli, 2009; Schaufeli y Bakker, 2011). De hecho, a la hora de conceptualizar el *engagement* se observan dos corrientes de pensamiento (Rodríguez-Muñoz y Bakker, 2013): por un lado, Maslach y Leiter hablan de una situación en la que se aprecian altos niveles de energía, participación y eficacia. Señalan que estos tres aspectos son los

polos opuestos de las tres dimensiones del *burnout* (agotamiento, cinismo e ineficacia). Esto sugiere que a través de las puntuaciones del *Maslach Burnout Inventory* (MBI), se podría evaluar el *engagement* como patrón opuesto al *burnout* (Rodríguez-Muñoz y Bakker, 2013). Por otro lado, el *engagement* es planteado como un concepto que tiene identidad propia, aunque también se señala su antítesis con el *burnout* tal y como se ha señalado previamente (Rodríguez-Muñoz y Bakker, 2013; Salanova y Schaufeli, 2009). En este sentido, es planteado como un estado mental positivo de realización relacionado con el trabajo que se caracteriza por vigor, dedicación y absorción (Rodríguez-Muñoz y Bakker, 2013; Salanova y Schaufeli, 2009; Schaufeli y Bakker, 2011). Este planteamiento del *engagement* ha tenido una mayor aceptación, así como una amplia difusión (Rodríguez-Muñoz y Bakker, 2013). A la hora de definir las tres dimensiones del *engagement*, se explica que:

El vigor es caracterizado por altos niveles de energía y resistencia mental mientras se trabaja, por el deseo de esforzarse en el trabajo que se está realizando incluso cuando se presentan dificultades. La dedicación hace referencia a una alta implicación laboral junto con la manifestación de un sentimiento de significación, entusiasmo, inspiración, orgullo y reto por el trabajo. Por último, la absorción se produce cuando la persona está totalmente concentrada en su trabajo, cuando el tiempo le pasa rápidamente y presenta dificultades a la hora de desconectar de lo que se está haciendo, debido a las fuertes dosis de disfrute y concentración experimentadas (Rodríguez-Muñoz y Bakker, 2013, p.438; Salanova y Schaufeli, 2009, p.109).

Por lo tanto, se entiende que tanto el vigor como la dedicación, sean considerados como los polos opuestos del agotamiento y el cinismo respectivamente (considerados los síntomas centrales del *burnout*) (Salanova y Schaufeli, 2009). Sin embargo, no existen equivalencias de este tipo entre la absorción y la ineficacia (Rodríguez-Muñoz y Bakker, 2013). Es por esto, que se puede afirmar que el *burnout* se caracteriza por una combinación de agotamiento (poca energía) y cinismo (poca identificación), a la vez que el *engagement* en el trabajo es caracterizado por una combinación de vigor (alta energía) y dedicación (alta identificación) (Salanova y Schaufeli, 2009). Por lo tanto, se puede considerar que el continuo que va desde el cansancio hasta el vigor se denomina “energía”, mientras que el que va desde cinismo hasta dedicación se denomina “identificación” (Rodríguez-Muñoz y Bakker, 2013). En la Figura 6, se observa de forma clara dicha oposición entre *burnout* y *engagement*.

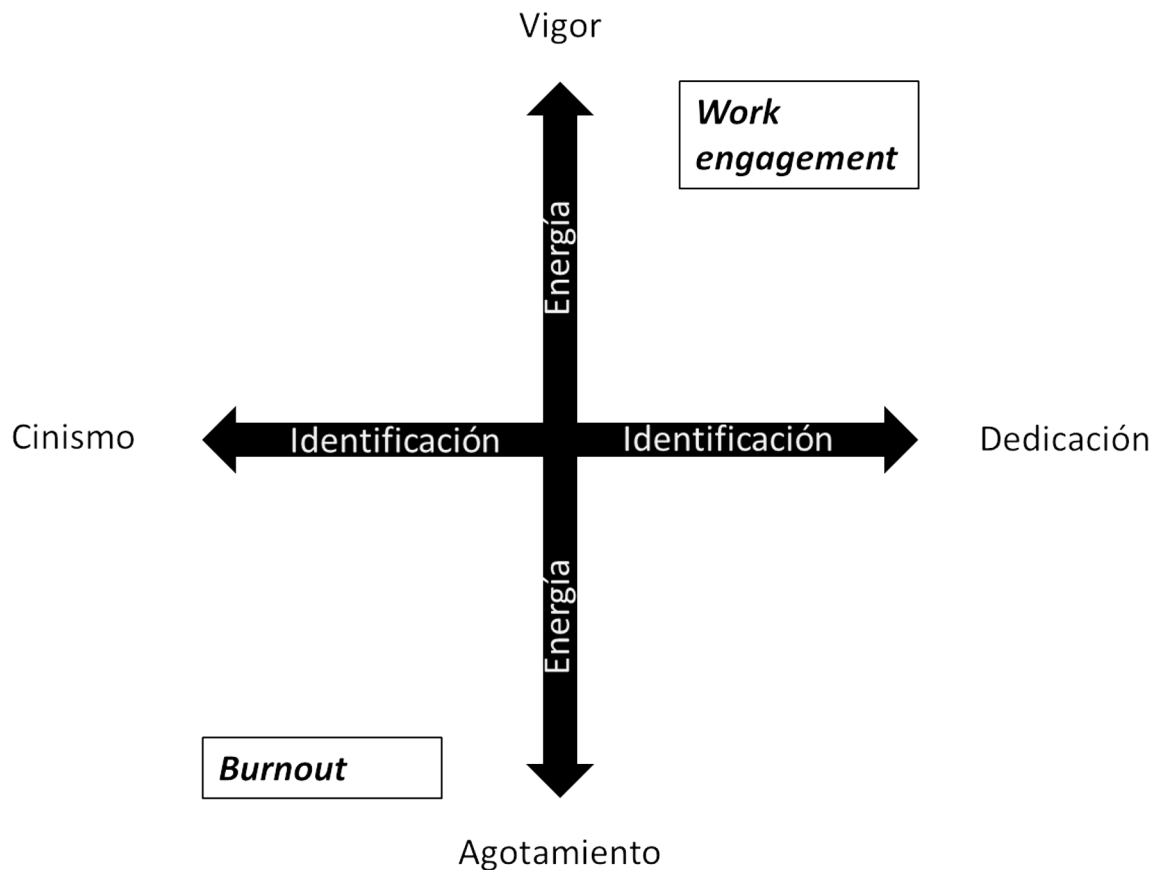


Figura 6: Oposición del *work engagement* frente al *burnout*. Adaptado de Salanova y Schaufeli (2009).

Conviene resaltar que existen otros tipos de vivencias en el ámbito laboral que hay que diferenciar del *engagement* al tratarse de entidades distintas. Motivación y satisfacción laboral no son equivalentes. Lo mismo ocurre con *engagement* y satisfacción laboral. También es necesario aclarar que un trabajador *engaged* no es un adicto al trabajo. En este sentido, algunos autores recomiendan utilizar el modelo circumplejo de emociones (Rodríguez-Muñoz y Bakker, 2013). Dicho modelo (Russell, 1980), propone que todos los estados emocionales afloran de interpretaciones cognitivas de sensaciones neuronales centrales que son el producto de dos sistemas neurofisiológicos independientes (Posner, Russell, y Peterson, 2005). Además se preguntan por la correlación entre emociones positivas y negativas que pudiera darse en un modelo bipolar (Russell y Carroll, 1999). Este modelo circumplejo de emociones, ha sido aplicado recientemente en el contexto de la salud ocupacional. Concretamente Bakker y Oerlemans (2011) propusieron que cuatro diferentes estados de bienestar laboral (*engagement*, adicción al trabajo, *burnout* y satisfacción laboral) podrían posicionarse en un espacio bidimensional formado por la activación y el placer (Figura 7) (Bakker y Oerlemans, 2011; Mäkikangas et al., 2015).

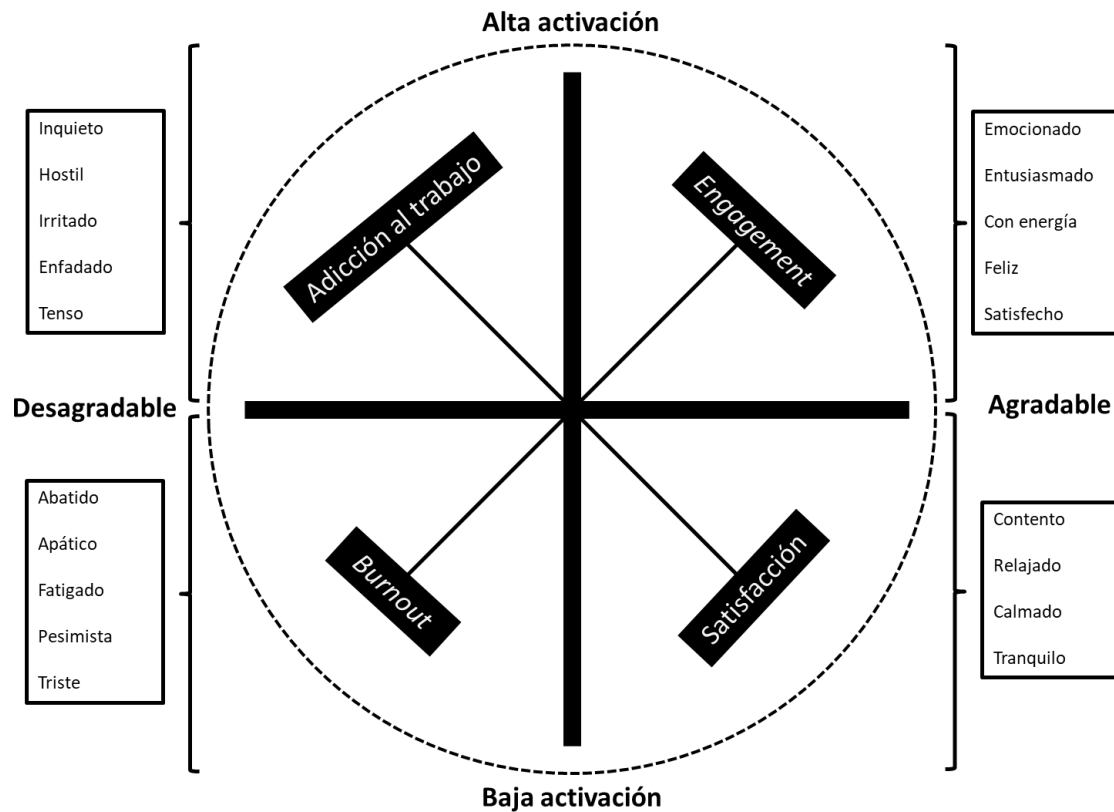


Figura 7: Modelo bidimensional del bienestar subjetivo en el trabajo. Adaptado de Rodríguez-Muñoz y Bakker (2013).

Ya para finalizar, hay que considerar que al comparar las dos aproximaciones académicas relatadas (independientes y que parten de distintos marcos teóricos), se aprecia la diferenciación entre *engagement* como rol laboral y como realización (donde es clave la actividad del trabajador en su trabajo o el trabajo en si mismo). Aún así, aunque se aprecian diferencias en las bases del *engagement* propuestas por ambas aproximaciones, si que se detecta un acuerdo en sus dimensiones. Es decir, en ambas existe un componente conductual-energético (vigor), emocional (dedicación) y cognitivo (absorción). Dicha coincidencia aporta mayor solidez al concepto de *engagement* (Salanova y Schaufeli, 2009).

1.3 Satisfacción laboral Vs. *Work engagement*

Explicados los conceptos de satisfacción laboral y *work engagement* por separado, conviene hacer hincapié en que a pesar de su relación no se trata de conceptos equivalentes. Una persona con altos niveles de satisfacción laboral, no tiene por qué presentar altos niveles de *engagement*. Analizar el concepto de motivación laboral, puede ayudar a clarificar mejor esta diferencia. Por otro lado, hay trabajos que relacionan el estado de desmotivación con la disminución de la calidad asistencial (Mendes et al., 2013), por lo que se trata de una cuestión relevante en el ámbito de la

Enfermería. La satisfacción laboral, ha sido relacionada fuertemente con el concepto motivación laboral, provocando que en muchas ocasiones sean tratados como sinónimos o que se use uno de los conceptos para explicar el otro (Osca, 2004). Por esto, hay que señalar que a pesar de la estrecha relación conceptual, es necesario tratarlos como entidades distintas. En definitiva, la satisfacción laboral hace referencia a un estado placentero que se obtiene de la experiencia laboral en un momento determinado. Sería la búsqueda de esta satisfacción lo que motivaría a las personas para pasar a la acción (Pereda, Berrocal, y Alonso, 2008). Por lo tanto, puede considerarse que un motivo es la razón que tiene una persona para hacer algo. Se podría decir entonces, que la motivación hace referencia a aquellos factores que llevan a las personas a comportarse de determinadas maneras. Esto implica que dentro de la motivación existen una serie de componentes diferenciados (Figura 8) que hacen referencia a lo que la persona quiere hacer (dirección o elección), así como el esfuerzo y la persistencia en dicha acción (Arnold y Randall, 2012).



Figura 8: Componentes diferenciados de la motivación. Adaptado a partir de Arnold y Randall, 2012.

También existen argumentaciones, que al igual que en el caso de la satisfacción laboral, hacen referencia a dos tipos de motivación laboral: intrínseca y extrínseca (Fernández-Abascal, Díaz, y Sánchez, 2003). La motivación intrínseca haría alusión a las variables de la propia persona, mientras que los aspectos relacionados con la motivación extrínseca son ofrecidos por el contexto (Fernández-Abascal et al., 2003). Por lo tanto, para definir operativamente la motivación intrínseca, hay que aludir a los factores que inducen a la realización de ciertos patrones conductuales que son llevados a cabo de manera frecuente y en ausencia de contingencias externas (Fernández-Abascal et al., 2003). En el caso de la motivación extrínseca, el incentivo será independiente de las características de la tarea (externo a la misma). En resumen: en la motivación intrínseca,

el incentivo principal es la propia ejecución del comportamiento (ya que es conseguido con independencia de las acciones de los demás), mientras que en la extrínseca, el incentivo es ofrecido por otros agentes (Fernández-Abascal et al., 2003). Esto sugiere que a la hora de activarse, la motivación extrínseca lo hará por necesidades, valores, metas y cogniciones que se desarrollan a partir de aspectos motivacionales propios de la actividad laboral que realizan las personas para conseguirlos. Se ve claramente el aspecto contextual al ser la empresa la que controla las estrategias de motivación (por ejemplo el dinero, la estabilidad en el empleo, las posibilidades de ascenso o promoción, las condiciones físicas del trabajo, la posibilidad de participación en la toma de decisiones sobre el propio puesto de trabajo o el ambiente social en el trabajo) (Pereda et al., 2008). Respecto a la motivación intrínseca, esta se verá activada por necesidades, valores, metas y cogniciones desarrolladas a partir de aspectos motivacionales de la propia actividad laboral, que el trabajador controla internamente (características de la tarea, interés, variedad, importancia, identificación y *feedback*) (Pereda et al., 2008). De hecho, no hay que obviar que la motivación intrínseca, está muy vinculada con las necesidades de estima y autorrealización de Maslow (Arnold y Randall, 2012).

Por otro lado, hay autores que inciden sobre la vinculación entre motivación e inteligencia emocional aludiendo a las teorías de Goleman que incluyen a la motivación como una dimensión de la inteligencia emocional (Pereda et al., 2008). Así, la motivación es definida como aquellas tendencias emocionales que actúan como guías o facilitadoras del logro de objetivos. Esto sitúa a la motivación como una dimensión de gestión personal, determinante junto a la autoconciencia y a la regulación, del modo en el que las personas se relacionan con los demás. En este caso se incluyen rasgos como la motivación del logro (esfuerzo por satisfacer los criterios de excelencia); compromiso (secundar los objetivos de un grupo u organización); iniciativa (prontitud en la actuación) y optimismo (persistencia en la consecución de objetivos a pesar de obstáculos y contratiempos) (Pereda et al., 2008). Nótese que estos últimos rasgos, así como los componentes diferenciados (dirección, intensidad y persistencia) junto a la definición de motivación intrínseca, pueden recordar al vigor, dedicación, absorción y entusiasmo que experimentan las personas hacia su trabajo. Por lo tanto, el *work engagement* puede entenderse como un aspecto motivacional. No obstante, hay que señalar que el *work engagement* es distinto a la motivación ya que además de aludir a cuestiones motivacionales (dedicación) lo hace también a cuestiones afectivas (vigor) y cognitivas (absorción). En este sentido, al igual que la motivación no equivale a satisfacción laboral, tampoco lo hace el *work engagement* (Bakker, 2011). Es más, hay trabajos que vinculan

el *work engagement* a la inteligencia emocional (Liébana et al., 2012), cosa que como hemos mencionado, parece característico de la motivación. En esta línea de entender el *engagement* como un aspecto motivacional, también existen trabajos que lo señalan como un mediador en el proceso de motivación, ya que puede jugar un rol de mediación entre recursos laborales y actitudes positivas en el trabajo (Schaufeli y Bakker, 2011).

En lo que al contraste entre *engagement* y satisfacción laboral se refiere, se puede resumir de la siguiente manera: el *engagement* se ocupa del afecto del trabajador en el trabajo. Por otro lado, la satisfacción laboral, se ocupa de afecto hacia o sobre el trabajo. Aunque sí que podría decirse que la satisfacción laboral supone un estado emocional, hay que tener en cuenta su predominio como creencia o juicio evaluativo con fundamentos cognitivos (Salanova y Schaufeli, 2009). En la Figura 9 se aprecia el contraste entre *engagement* y satisfacción laboral en lo relativo a los sentimientos con los que se relacionan. Mientras que el *engagement* se relaciona con sentimientos que tienen que ver con la activación, la satisfacción laboral lo hace con sentimientos indicadores de saciedad (Salanova y Schaufeli, 2009).



Figura 9: Diferencias entre engagement y satisfacción laboral: sentimientos con los que se relacionan el engagement y la satisfacción laboral.

No obstante, a pesar de ser conceptos diferenciados, al igual que ocurre con la motivación, están relacionados. El análisis de estas variables en trabajadores españoles ha encontrado correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre las tres dimensiones del *engagement* y la satisfacción laboral. Dichas correlaciones mostraron valores de 0.40-0.41 en las dimensiones de absorción y vigor y de 0.53 en la de dedicación (Salanova y Schaufeli, 2009). En lo relativo a enfermeras españolas, un estudio reciente apreció correlaciones estadísticamente significativas ($p < 0.01$) de tipo positivo partiendo de una forma de valorar la satisfacción laboral desde el marco de la teoría bifactorial de Herzberg que se ha seguido en esta Tesis para la valoración de

dicha variable. En el se apreciaron valores en relación a satisfacción general de 0.45 (vigor), 0.51 (dedicación) y 0.35 (absorción) (González-Gancedo et al., 2019).

Finalmente, tal y como ya se ha señalado previamente en relación a la motivación y a la satisfacción laboral, los niveles de *work engagement* también pueden repercutir sobre la calidad del trabajo de las enfermeras tal y como indican diversos estudios. Concretamente, algunos autores señalan relaciones entre niveles de *engagement* y la atención enfermera en contextos de administración de cuidados o con cuidados de mayor calidad (Freeney y Fellenz, 2013; Havens, Warshawsky, Vasey, 2013). Igualmente, se ha observado relación entre el *work engagement*, las relaciones con los miembros del equipo y sobre como esta relación puede afectar a la labor de las supervisoras (Warshawsky, Havens, y Knafl, 2012) o incluso un papel mediador del *work engagement* entre el ambiente de trabajo, la calidad del mismo y los objetivos. También se ha observado un impacto del *work engagement* en la calidad percibida de los cuidados (Van Bogaert, Wouters, Willems, Mondelaers, y Clarke, 2013; Van Bogaert, Clarke, Willems, y Mondelaers, 2013). Otros autores señalan la necesidad de tener en consideración aspectos de las características del trabajo y del *work engagement* a la hora de organizar los servicios de salud, viéndose que supervisiones favorables a nivel de unidades repercuten de manera positiva sobre los resultados, a la vez que se señala la importancia de la gestión del hospital sobre la carga laboral (la cual influye negativamente sobre los resultados) (Van Bogaert, van Heusden, Timmermans, y Franck, 2014).

1.4 Influencia sobre la salud en las enfermeras.

Como se ha venido comentando, estados de alteración del bienestar laboral en el sentido de desmotivación, bajo *engagement* o insatisfacción laboral en el personal de Enfermería, puede repercutir negativamente en la calidad de sus cuidados (Mendes et al., 2013). A su vez, si tenemos en cuenta el modelo de Rusbult y Lowery (Figura 4), esto puede ir en detrimento de la seguridad y la salud de los pacientes (sobre todo en los casos en los que se establece un estado de negligencia). No obstante, este no sería el único problema potencial. Debemos pensar que unos cuidados de Enfermería en los que la calidad es menor, suponen una coartación al desarrollo de la propia disciplina y además, una alteración negativa del bienestar laboral entre las enfermeras podría provocar alteraciones en la salud de las mismas. El aspecto relacionado con la salud de las enfermeras es otra de las cuestiones fundamentales de la presente Tesis Doctoral.

En el contexto de repercusión sobre la salud en las enfermeras, y en concreto en lo relativo a cuestiones de salud laboral (problemas de salud derivados del trabajo), parece

jugar un papel importante el grupo de factores considerados como riesgos psicosociales. Teniendo en cuenta la definición de los factores psicosociales propuesta por el Comité Mixto de la OIT-OMS en 1984, previamente citada en el apartado de satisfacción laboral debido a su fuerte relación con dicha variable, este comité ofrece un diagrama de flujo (Figura 10) en el que refleja dicha definición. En él se representa un conjunto de factores humanos y del medio ambiente laboral que interaccionan continuamente y de manera dinámica. En el informe se señala que hay una interacción negativa entre condiciones laborales y factores humanos del propio trabajador que pueden derivar en perturbaciones de tipo emocional, así como en problemas comportamentales y en cambios de carácter bioquímico y neurohormonal, presentándose de esta manera riesgos adicionales de enfermedades tanto mentales como físicas. A esto habría que añadir la previsión de efectos nocivos sobre la satisfacción y el rendimiento en el trabajo. Por último, señalan que si hay una correspondencia óptima entre las capacidades y limitaciones del trabajador por un lado y las exigencias del trabajo y el medio ambiente por el otro, la situación psicosocial creada en el trabajo, podría repercutir positivamente sobre la salud (Comité Mixto OIT-OMS, 1984). Se aprecia por lo tanto, una problemática de riesgo de desarrollo de patología y a la vez una oportunidad de prevención. Además se ven reflejadas las cuestiones centrales de esta Tesis Doctoral: bienestar laboral, satisfacción laboral y salud.



Figura 10: Los factores psicosociales en el trabajo. Diagrama extraído del Informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo, punto 2, 1984.

Cuatro años más tarde, la OMS edita un nuevo documento denominado “Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud” (Kalimo, El-Batawi, y Cooper, 1988) en el que expone claramente, que el efecto de los factores psicosociales puede ser doble (positivos o negativos) (Kalimo et al., 1988; Moreno-Jiménez y Garrosa, 2013). En este sentido, la evidencia ha señalado que son los elementos negativos los que provocarán efectos sobre la salud (Ceballos Vásquez, Valenzuela Suazo, y Paravic Klijn, 2014). No obstante, y más allá de estos conceptos iniciales, nuevos trabajos que centraron sus investigaciones en el análisis de los riesgos psicosociales, han llegado a la elaboración de conceptos más precisos, desde una perspectiva teórico-práctica en la que se señala que los factores de riesgo psicosocial hacen referencia a la condición o condiciones propias de la persona, del medio laboral y del entorno extralaboral. Condiciones que en determinadas circunstancias (inadecuada interacción, intensidad y tiempo de exposición), producen efectos negativos (Romero, 2017).

Se trata por lo tanto de un concepto complejo, por lo que instituciones como el INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo) optaron por una concepción abierta, exponiendo que “...son condiciones organizacionales que pueden afectar a la salud laboral, tanto positiva como negativamente...” (Moreno y Báez, 2011; Romero Coronado, 2017). En definitiva, los riesgos psicosociales están sujetos a los principios generales de los riesgos laborales y como tal deben evitarse o gestionarse cuando no se puedan evitar (Moreno-Jiménez y Garrosa, 2013).

Por lo tanto, hay que tener en cuenta que los factores percibidos como negativos por los trabajadores se transforman en riesgos que pueden llegar a generar alteraciones fisiológicas, psicológicas y sociales (Ceballos et al., 2014). Por este motivo se plantea en este trabajo un análisis de la salud teniendo en cuenta síntomas de tipo somático, alteraciones como la ansiedad, el insomnio y la depresión y los problemas de disfunción social. La versión de 28 ítems del *General Health Questionnaire* (GHQ-28), nos permite medir estos aspectos (Goldber y Williams, 1996; Goldberg y Hillier, 1979; Lobo, 1987; Lobo, Pérez-Echeverría, y Artal, 1986; Servicio Andaluz de Salud, s.f.). Por esta razón, se la ha considerado una herramienta adecuada para el estudio de investigación planteado y va a ser descrita en el presente documento.

Hay que tener en cuenta que lo que se pretende medir en esta Tesis es: si los aspectos mencionados de salud están alterados y tienen alguna relación con la satisfacción laboral o el *work engagement*, describiendo en la medida de lo posible dicha relación. También se busca observar qué papel juegan los aspectos sociodemográficos y de características del puesto. En resumen, no se trata de medir riesgos psicosociales como

tal (para lo cual existen diversas escalas) (Ceballos et al., 2014), si no de profundizar en el estatus de salud de las enfermeras teniendo en cuenta que puede estar determinado por cuestiones de índole organizacional (lo cual lleva a pensar inevitablemente en riesgos psicosociales). Como ya hemos visto, entre dichas cuestiones, juega un papel importante la satisfacción laboral y creemos que, debido a la correlación mencionada, el *work engagement*. Concretamente, el *engagement* se relaciona positivamente con la salud (con bajos niveles de depresión, distrés y quejas psicosomáticas) y con actitudes positivas hacia el trabajo y la organización, entre las que algunos autores señalan a la satisfacción laboral o conductas proactivas (Schaufeli y Bakker, 2011). También se ha señalado a la insatisfacción laboral como factor desencadenante de enfermedad grave e incluso mortal. Empleados insatisfechos, presentan más síntomas físicos (problemas gástricos y del sueño). Además, se ha observado una correlación entre insatisfacción y emociones negativas en el trabajo como angustia y depresión. Respecto a problemas de salud graves como trastornos de tipo cardíaco, ha sido más difícil encontrar pruebas objetivas de su vínculo con la satisfacción laboral (Rodríguez et al., 2009).

Las enfermeras, como ya se ha mencionado, son personal de primera línea y pertenecientes a una profesión del área de servicios. Están muy expuestas a riesgos de tipo psicosocial y generan manifestaciones de desgaste y repercusión negativa sobre la propia salud. Se ven sometidas a sobrecarga laboral, jornadas extensas, turnos nocturnos y rotatorios, así como alta frecuencia en cambios de servicio y elevada carga psicológica debida al manejo de situaciones de carácter crítico (Ceballos et al., 2014). Además de la posible repercusión sobre la satisfacción laboral y el *work engagement*, aspectos estresores como estos se relacionan con resultados desfavorables en salud (tanto física como mental) (Khamisa, Oldenburg, Peltzer, y Ilic, 2015). Existen varias teorías que tratan de explicar esta relación con la aparición de enfermedades, como el modelo de estrés descrito por Cannon a principios del siglo XX y basado en principios de adaptación homeostática (más estático). No obstante, este modelo ha sido superado y otros autores hablan en la actualidad de un concepto más dinámico en lo que a la fisiología de los organismos se refiere, en el que se aprecia un cambio permanente dentro de un continuum de parámetros específicos (Moscoso y Delgado, 2016). Esta superación de un concepto homeostático por otro alostático ha sido propiciada por observaciones de interacciones bioquímicas del cerebro, sistema nervioso central y sistema inmune, así como los principios cognitivos de *appraisal* y reacciones emocionales (todos ellos de elevada importancia en el proceso de estrés). Por lo tanto, se señala en las últimas décadas una asociación significativa entre las situaciones de

estrés crónico y enfermedades de los sistemas endocrino, inmune y nervioso (Moscoso y Delgado, 2016).

Otra característica a reseñar es el aspecto “género”. La mayor parte de las mujeres en función de su rama de actividad, se sitúan en torno al comercio, seguido de la rama de actividades sanitarias, servicios sociales y educación, con escasa participación en la rama industrial (Romero, 2017). Se considera por lo tanto que las actividades sanitarias están fuertemente feminizadas. Este aspecto es relevante ya que no hay que olvidar que algunos autores señalan diferencias entre hombres y mujeres a la hora de percibir el estrés y en las alteraciones derivadas del estrés (Romero, 2017). Dato especialmente patente en España en lo relativo a alteraciones como la ansiedad y la depresión. Simplemente con acudir a la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) del año 2017, se puede observar que tanto la ansiedad como la depresión se encuentran entre los problemas más frecuentes de salud. El 6.7% de los adultos refiere padecer ansiedad crónica (4.1% de hombres frente a un 9.1% de mujeres). Para la depresión se obtuvo el mismo porcentaje (6.7%), siendo también mayor del doble entre las mujeres (9.1%) que entre los hombres (4%). Respecto al consumo de psicofármacos, hay una prevalencia en la población que los utiliza del 10.7%. En este caso también es mayor el porcentaje de mujeres que consume tranquilizantes, relajantes o pastillas para conciliar el sueño (13.9%) respecto a los hombres (7.4%). Así mismo, hay un mayor porcentaje de mujeres que acudió a un profesional (psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra) en los últimos 12 meses (6.1% frente al 4.6% de hombres) (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2018). Esto es algo a tener en cuenta, ya que en los profesionales sanitarios en general, y por lo tanto en las Enfermeras, puede derivar en alteraciones físicas y/o psicológicas que les resten más bienestar y que interfiera en su labor diaria. Como ejemplo, un artículo reciente menciona a la depresión (entre otros factores más evidentes como la carga física de trabajo) como un factor asociado con algunos patrones típicos de dolor en las enfermeras (cuello, hombros y espalda) (Lövgren, Gustavsson, Melin, y Rudman, 2014). En cuanto a los síntomas somáticos, se ha definido la somatización como la experiencia y expresión de malestar psicológico a través de síntomas físicos que en muchos casos conducen a demanda de atención médica (Aragonès, 2015). Aunque bien es cierto que no existe un consenso universal a la hora de clasificar estos fenómenos, llegándose a conceptualizar de varias formas, a pesar de que en su sustrato común no coinciden ni identifican a los mismos pacientes (Aragonès, 2015). No obstante, algunos autores también indican que la consulta de pacientes con síntomas de tipo somático sin explicaciones clínicas definidas que acuden a los servicios de Atención Primaria, es más frecuente entre las mujeres (Pascual y Cerecedo, 2015). En definitiva, la diferencia por género observada es importante y concretamente en la

profesión enfermera al estar fuertemente feminizada. En España, y según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) con fecha 31 de diciembre de 2018, del total de profesionales de Enfermería colegiados y no jubilados (263241), 223684 fueron mujeres (84.97%) frente a 39557 hombres (15.06%) (Instituto Nacional de Estadística, 2018). En la Figura 11 y la Tabla 1 se detallan estos datos, desglosándolos por comunidades autónomas y sexo. Por lo tanto, se considera necesario vigilar estos aspectos en aquellos profesionales que puedan ser más susceptibles, para tratar de prevenirlos. Como ya se mencionó, la escala GHQ-28 permitirá medir cuestiones como las mencionadas (ansiedad y depresión), así como otras de índole de interacción social y de síntomas somáticos.

Ya para finalizar; es reseñable que existen modelos de causalidad como el *Tripod Accident Causation Model* (Wagenaar, Groeneweg, Hudson, y Reason, 1994) en los que actuaciones inseguras en el trabajo pueden tener su origen inmediato en los estados psicológicos de los trabajadores, como por ejemplo las formas de razonamiento, las expectativas y motivaciones, los planes, las prisas y la preocupación emocional. Todo ello muy relacionado en términos de salud-estrés, con cuestiones relativas a la organización del trabajo por parte de las instituciones.

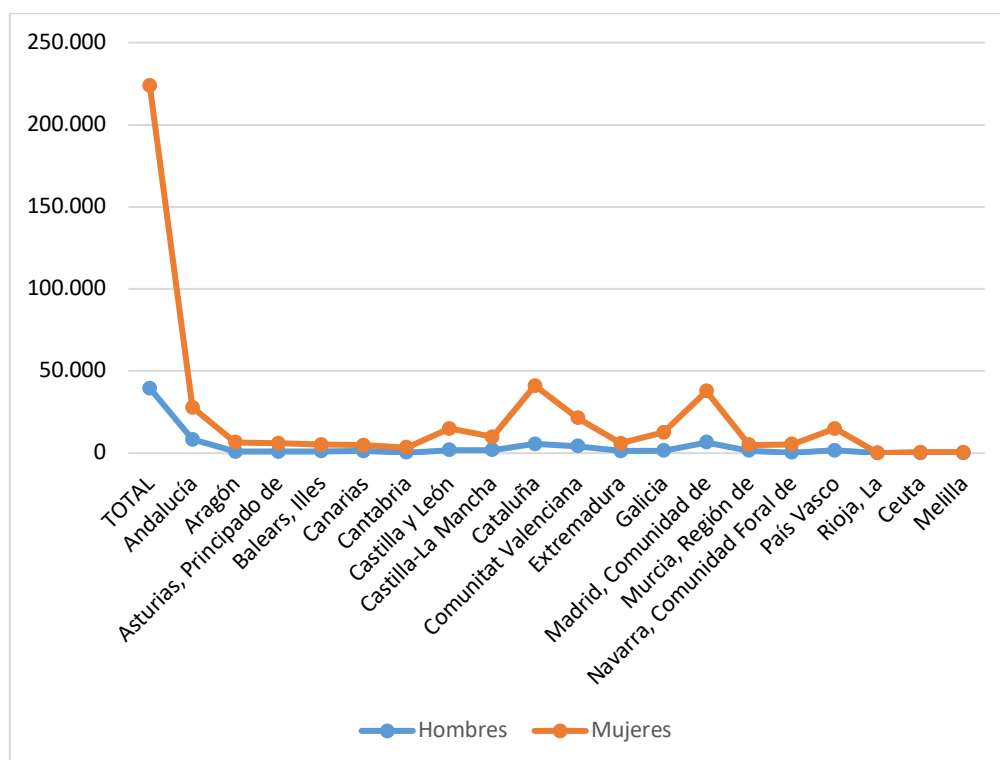


Figura 11: Número de enfermeras colegiadas no jubiladas, por Comunidades Autónomas y sexos. Estadística de Profesionales Sanitarios (enfermeras) Colegiados en España a fecha 31 de diciembre de 2018, por CCAA, no jubilados y por sexos. Fuente INE.

Tabla 1: Profesionales Sanitarios (enfermeras) Colegiados en España a fecha 31 de diciembre de 2018, por CCAA, no jubilados y por sexos. Fuente INE

	Colegiados no jubilados	
	Hombres	Mujeres
TOTAL	39 557	223 684
Andalucía	8 379	27 758
Aragón	889	6 549
Asturias, Principado de	857	5 910
Baleares, Illes	1 089	5 275
Canarias	1 316	4 837
Cantabria	384	3 355
Castilla y León	1 851	14 933
Castilla-La Mancha	1 896	9819
Cataluña	5 640	41 156
Comunitat Valenciana	4 313	21 384
Extremadura	1 237	5979
Galicia	1 542	12 646
Madrid, Comunidad de	6 458	37 834
Murcia, Región de	1 570	5034
Navarra, Comunidad Foral de	304	5325
País Vasco	1 650	14 936
Rioja, La	0	0
Ceuta	92	455
Melilla	90	499

Se trataría de estados mentales producidos por aspectos disfuncionales del ambiente organizacional o fallos latentes como la escasez de acuerdos laborales, déficit de información y de claridad respecto a procedimientos, sistemas de recompensa retributiva basada solo en cuestiones como la rapidez en la ejecución del trabajo, el déficit de personal y recursos o incluso el acoso (Adriaenssens, De Gucht, y Maes, 2015b). Es decir, enfermeras que se encuentren en situaciones de distrés psicológico (muchas veces consecuencia de cuestiones organizacionales), pueden desarrollar modos de intervención que disminuyan la seguridad de los usuarios a los que atienden y de ellas mismas.

1.5 Preguntas de investigación y justificación del estudio

En los apartados previos, se ha presentado una detallada descripción de las interrelaciones de diversos factores: satisfacción laboral, bienestar en el trabajo y *work engagement*, así como de sus implicaciones en la salud de las personas en general y en los profesionales de Enfermería en particular. Gráficamente se reflejan en las Figuras 12 y 13.

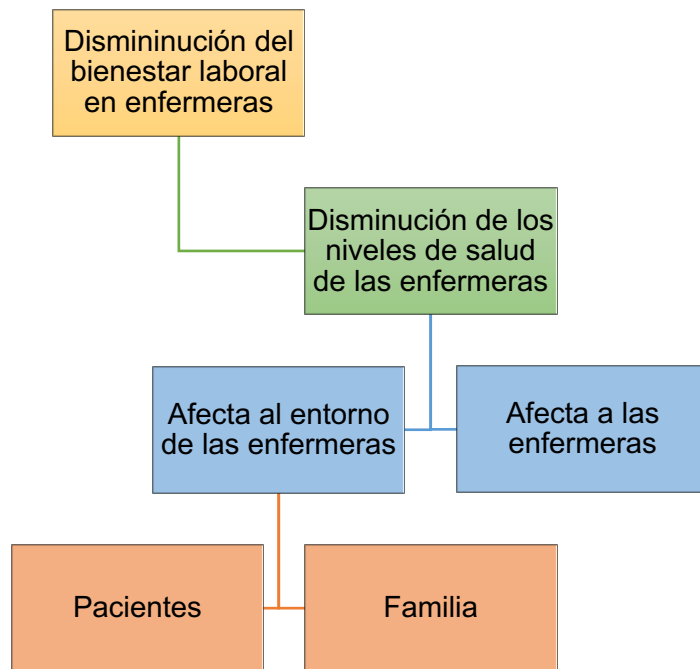


Figura 12: Efectos de la disminución del bienestar laboral en las enfermeras (elaboración propia).

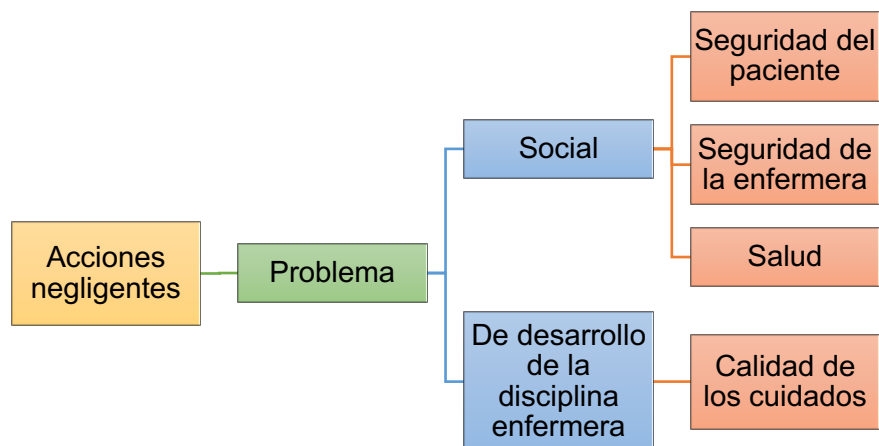


Figura 13: Probables problemas como consecuencia de insatisfacción laboral en enfermeras que pueda conducir a estados negligentes (elaboración propia).

Tal y como se aprecia en la Figura 12 y basándonos en lo ya expuesto, si la propia salud de las enfermeras se ve afectada negativamente, esto repercutirá tanto en la propia disciplina enfermera, como en el entorno de las enfermeras. Aparte de esa disminución del estatus de salud de la enfermera, hay que tener en cuenta la disminución de los niveles de satisfacción laboral (como ya hemos visto, elemento capital dentro del bienestar laboral). Esta disminución de la satisfacción laboral influirá negativamente en la administración de cuidados de las enfermeras. Si nos atenemos al mencionado modelo de Rusbult y Lowery (Figura 4), vemos que los estados de baja satisfacción

laboral respecto a la empresa, no solo podrían llevar a las enfermeras al abandono, sino que podrían encontrarse en situaciones negligentes en las que se vería afectada tanto la seguridad del paciente como la de la propia enfermera y sus compañeros de trabajo. Esto podría considerarse un problema social ya que afectaría a la sociedad a la cual el personal de Enfermería presta servicio. Como hemos mencionado podría verse afectado el paciente receptor de cuidados, las enfermeras (y su entorno) e incluso el estatus de salud de ambos. Pero además, esto puede suponer un problema de desarrollo de la disciplina enfermera, puesto que la calidad de los cuidados también puede hallarse afectada (Figura 13).

Así pues, en esta Tesis se han estudiado las variables de salud general (síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión), satisfacción laboral (intrínseca y extrínseca) y *work engagement* (vigor, dedicación y absorción) al considerarlas un buen reflejo del bienestar laboral de enfermeras pertenecientes a un servicio público nacional.

Partiendo de la hipótesis de que estas variables pueden verse, a su vez, afectadas por variables intra y extrapersonales de las enfermeras (Figura 14), se han analizado conjuntamente con variables de tipo sociodemográfico, incluyendo cuestiones relacionadas con las características del puesto de las enfermeras y con sus actividades formativas actuales y pasadas.

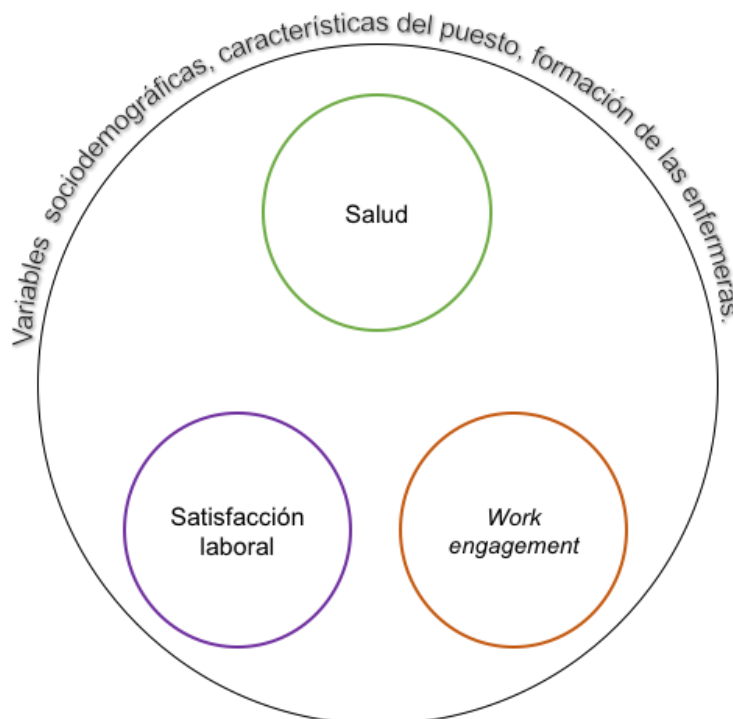


Figura 14: Influencia de variables intra y extra personales sobre la salud, la satisfacción laboral y el work engagement de las enfermeras (elaboración propia).

No obstante, hipotéticamente, las variables salud general, satisfacción laboral y *work engagement* también ejercen influencia entre ellas, ya que se ha visto que están correlacionadas (Figura 15). Partiendo de esto, se ha tratado de ver como es esa relación en una muestra de enfermeras de la sanidad pública española.

Es por esto, que se han analizado los niveles de salud general, satisfacción laboral y *work engagement* por separado, así como la correlación existente entre dichas variables a fin de encontrar respuesta a las siguientes preguntas de investigación: ¿Qué características tiene la relación que se da entre satisfacción laboral, *work engagement* y salud general en un contexto organizacional de sanidad pública especializada? ¿Qué características del puesto de trabajo influyen sobre los niveles de satisfacción laboral, *work engagement* y salud general?

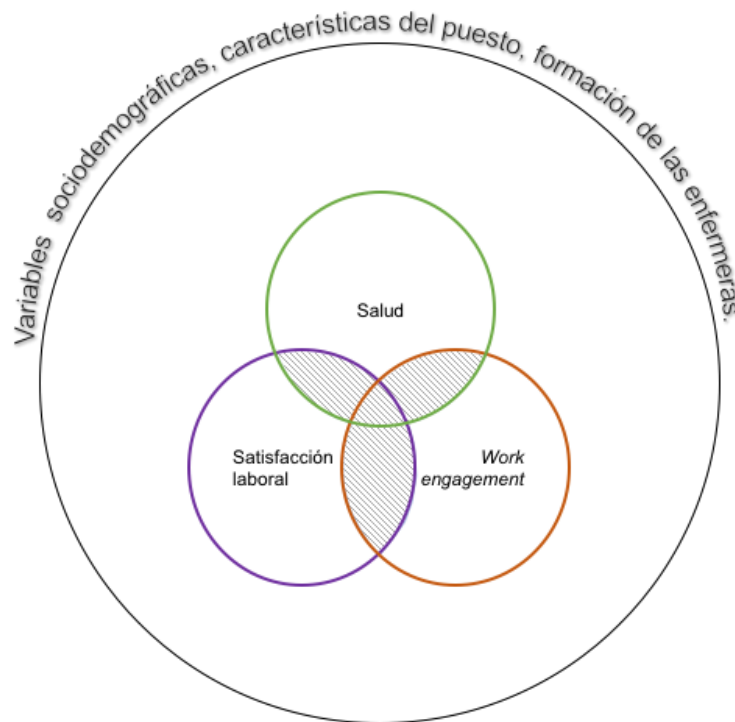


Figura 15: Intercorrelación entre las variables salud, satisfacción laboral y *work engagement* (elaboración propia).

Conocer datos relativos a estas cuestiones, ofrecerá información útil a las organizaciones que permitirá determinar el estatus de dichas variables en las enfermeras. Información que podrá ser utilizada de cara a la elaboración de programas con carácter preventivo, que permitan proteger la salud de las enfermeras y mantener la calidad de sus actuaciones, lo que repercutirá positivamente en las enfermeras, sus organizaciones y en la sociedad a la que prestan servicio.

Por lo tanto, y tratando de obtener respuesta a estas preguntas, se plantearon los objetivos que se expondrán en el siguiente apartado.

Los argumentos planteados justifican el proyecto de investigación que a continuación se pasa a detallar.

Capítulo 2

Objetivos

Se exponen a continuación los objetivos que surgen de las preguntas de investigación planteadas en la justificación del presente trabajo.

2.1 Objetivo principal

El objetivo principal de esta Tesis fue determinar las variables intra y extrapersonales de las enfermeras que influyen sobre los niveles de salud general, satisfacción laboral y motivación en términos de *work engagement*.

2.2 Objetivos específicos

Específicamente se trató de:

- Sintetizar la evidencia científica sobre la relación de las variables de salud general, satisfacción laboral, *work engagement* y la calidad de los cuidados enfermeros.
- Determinar los niveles de salud general, satisfacción laboral y *work engagement* en la población analizada.
- Analizar la correlación entre salud general, satisfacción laboral y *work engagement*.
- Determinar las variables sociodemográficas que ejercen influencia sobre los niveles de salud general, satisfacción laboral y *work engagement*.

Capítulo 3

Material y Métodos

3.1 Diseño y ámbito de estudio

Estudio multicéntrico, cuantitativo, descriptivo transversal, correlacional y comparativo. La recogida de datos se llevó a cabo en 10 hospitales públicos de área de una región del noroeste del estado español (excluyéndose hospitales comarcales). El plan de investigación fue aprobado por la Comisión Académica del Programa de Doctorado (CAPD) de la Universidad de Córdoba (UCO) y se comunicó el 1 de julio de 2017.

3.2 Consideraciones éticas

La investigación propuesta respeta los principios fundamentales de la vigente declaración de Helsinki, del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina, de la declaración Universal de la UNESCO sobre el genoma humano y los derechos humanos y el Consejo de Oviedo relativo a los derechos humanos y a la biomedicina, así como el cumplimiento Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal vigente al inicio del proyecto de investigación. Se ha tenido en cuenta también el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). Una vez que entró en vigor la nueva normativa nacional (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales), se ha acatado dicha ley para el desarrollo de esta Tesis Doctoral. La participación en el estudio fue voluntaria y anónima, previa hoja de información y consentimiento informado.

3.2.1 Solicitudes a Comités éticos

Se solicitaron los permisos pertinentes a los Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC) y a las Gerencias de cada hospital. Se contactó con los 11 hospitales de área que forman parte del sistema de salud de la región. El primer contacto se estableció el 7 de julio de 2017 desde el registro de la Consejería de Sanidad. Se dirigió la siguiente documentación a las Gerencias de cada centro (G1-G11 en este documento):

- Carta de presentación y de solicitud de valoración y aprobación del proyecto así como informe del CEIC correspondiente.

- Memoria del plan de investigación.
- Hoja de información/Consentimiento Informado.
- *E-mail* de la Unidad de Estudios de Postgrado de la Universidad de Córdoba, en el que se comunica la aceptación del citado Plan de Investigación por parte de la Comisión Académica del Programa de Doctorado.
- Copia de los cuestionarios utilizados para la composición de la encuesta de recogida de datos.
- Curriculum Vitae Abreviado del doctorando y de la directora y codirectora de la Tesis (quienes conformaban la dirección de la Tesis en ese momento, previo a los cambios posteriores debido a la jubilación de una de las directoras).

El 13 de julio de 2017 se contactó telefónicamente con las secretarías de las Gerencias para confirmar la recepción de la documentación. Los once centros manifestaron haberla recibido y redirigido a distintas entidades, que incluyeron: Dirección de Enfermería (G2, G10 y G11); Unidad de Docencia (G2, reenviada desde Dirección de Enfermería y G6); Unidad de Investigación (G3, G4, G5, G8 y G9) y directamente al CEIC (G1 y G7). En total, seis centros acabaron redirigiendo la documentación al CEIC por distintas vías (G1, G4, G5, G6, G7 y G10). Cuatro centros solicitaron que se enviase documentación específica al CEIC (G2, G3, G8 y G9). El centro restante denegó el permiso desde Dirección de Enfermería (sin solicitud de aclaraciones), por lo que se excluyó del estudio (G11). Durante el seguimiento de la documentación mediante llamada telefónica a estas entidades, ocho centros solicitaron que se enviase de nuevo la documentación por correo electrónico (G1, G2, G5, G6, G7, G8, G9 y G10). En cinco casos fue debido a que se había extraviado durante el reenvío entre servicios y en tres fue para enviar la documentación en formato electrónico al CEIC. En tres casos se solicitaron aclaraciones por escrito relativas a la documentación enviada (G4, G6 y G8).

Finalmente, la documentación fue valorada por 8 CEICs. Un CEIC valoró la memoria para G2 y G3 y otro CEIC valoró la memoria para G4 y G5. El resto de centros tenían su propio CEIC. Tras esto, el CEIC que valoró la documentación para G2 y G3, solicitó que se nombrase un colaborador en cada uno de esos centros, que a su vez debía estar trabajando en el mismo. Se solicitó a los centros que indicasen quienes serían las personas adecuadas, siendo estas la que se nombraron. En el caso de G5, directamente estableció una persona con la que contactar a la hora de difundir la encuesta.

Finalmente se obtuvieron los permisos necesarios para realizar el estudio en 10 de los 11 hospitales contactados. Los códigos asignados en los informes de los CEIC fueron:

17126; CAAV/2017/21; 1837; 001/2017; MBCA/dgc; 97/17; PI17-786; 397. Se ponen dichos informes a disposición del tribunal de la Tesis Doctoral.

Esta heterogeneidad en las vías de acceso a los distintos CEIC dentro del mismo sistema se salud supuso una dilación en el tiempo mayor de la esperada. En resumen, la solicitud de valoración se llevó a cabo el 7 de julio de 2017, el primer informe favorable junto con el permiso del centro se obtuvo para G1 el 21 de julio de 2017 y el último (G2 y G3), el 19 de diciembre de 2017. En la Figura 16 puede observarse un diagrama de flujo en el que se ha sintetizado todo el proceso de solicitud de permisos.

3.3 Muestra y sujetos de estudio

El número total de personas a las que se dirigió el estudio fue de 5910 enfermeras contratadas y que se encontraban en activo a fecha de 1 de febrero de 2018 en el total de los 10 hospitales (datos aportados por los hospitales). Es decir, fue dirigido a la población total de enfermeras que cumplían los criterios de inclusión. Así, el muestreo fue intencional, no probabilístico. Los criterios de inclusión fueron enfermeras trabajando en la institución durante la recogida de datos. Se excluyeron las enfermeras que se encontrasen de baja laboral, excedencia o con algún tipo de permiso durante la recogida de datos. La encuesta incluyó preguntas relativas a estos criterios para seleccionar solo a las personas que cumplían los de inclusión. Para hacerles llegar la encuesta se envió un *e-mail* con la información del estudio y los plazos para cumplimentar la encuesta al correo corporativo o de contacto entre la institución y las enfermeras. El proceso fue de la siguiente manera: el investigador envió el correo a las distintas gerencias o en su defecto a las personas que cada gerencia había designado para ello. En el correo se solicitó el reenvío a las enfermeras del centro. Tras ello se llamó a cada centro para confirmar la recepción y el reenvío. Este proceso se repitió dos veces en forma de recordatorio. El segundo recordatorio se envió a la mitad del periodo de recogida de datos y el tercero a una semana para vencer el plazo de cumplimentación. También se contactó telefónicamente con los centros para confirmar los recordatorios.

Con el objeto de valorar el número mínimo de enfermeras apropiado para llevar a cabo el trabajo, se realizó un cálculo del tamaño muestral a través de la aplicación GRANMO (Marrugat y Vila, 2012), observándose que para conseguir una precisión de 1 unidad en la estimación de una media mediante un intervalo de confianza con corrección para poblaciones finitas al 95.00% bilateral, asumiendo que la desviación típica es de 10 unidades y que el tamaño total de la población es de 5910, sería necesario incluir 361 unidades en el estudio.

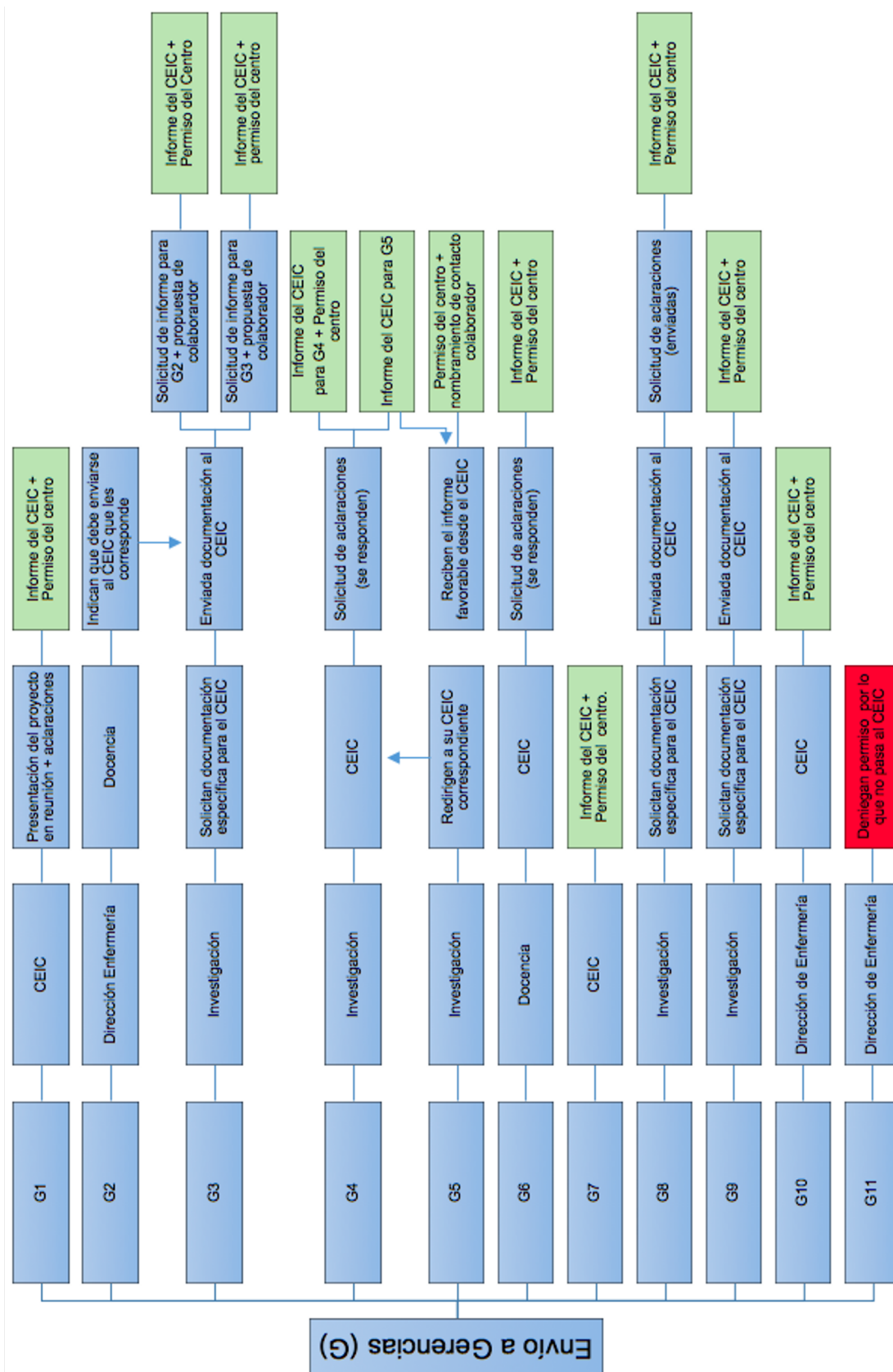


Figura 16: Diagrama de flujo que muestra el proceso de solicitud de permisos. En azul se muestran las etapas por las que pasó el proyecto en cada gerencia. En verde las resoluciones favorables. En rojo los permisos denegados.

Una vez finalizado el periodo de respuesta a los cuestionarios, se obtuvo una muestra total de 444 enfermeras que rellenaron la encuesta totalmente, con lo que el tamaño muestral obtenido fue apropiado.

3.4 Periodo y procedimiento de recogida de datos

El inicio de la recogida de datos comenzó el 31 de enero de 2018 y finalizó el 16 de marzo de 2018. Para la recogida de datos se habilitó un cuestionario en formato electrónico que pudiese ser autocumplimentado *on-line* y que a su vez permitiese mantener el anonimato de las enfermeras y realizarse fuera del horario de trabajo. El cuestionario fue realizado a través de la aplicación *LimeSurvey GmbH*. Se accedía a mismo a través del siguiente link (solamente activo durante el periodo de recogida de datos):

<http://encuestas.unileon.es/index.php/644996?lang=es>

Al pulsar el link de acceso al cuestionario, lo primero que aparecía era la información relativa al estudio, así como las cuestiones sobre confidencialidad y voluntariedad, el tiempo estimado de duración (15 minutos) y el contacto del investigador principal. Las personas que tras leer esta información desearan rellenar la encuesta, debían avanzar a la siguiente página. Por lo tanto el cuestionario fue anónimo y voluntario. Dicho cuestionario estaba conformado por cuatro bloques de preguntas: en primer lugar se estableció una batería de preguntas de tipo sociodemográfico (dentro de las cuales se establecieron cuestiones para detectar a las personas que no cumplían los criterios de inclusión), preguntas acerca de las características del puesto y también preguntas concretas sobre titulaciones académicas y formación continua. Los bloques siguientes fueron constituidos por tres escalas validadas que medían el estado de salud, la satisfacción laboral y el *work engagement*. Todos los datos fueron exportados a una hoja de cálculo (Excel 2013), donde se procedió a su depuración. Tras este tratamiento, se importaron al programa de análisis estadístico IBM® SPSS® V25.

3.5 Variables e instrumentos de recogida de datos

Para la recogida de datos, se utilizó un cuestionario adaptado al formato electrónico a través de la aplicación *Limesurvey GmbH*. Como se comentó previamente, el cuestionario estaba conformado por cuatro bloques de preguntas: un bloque de cuestiones de carácter sociodemográfico que también incluyó cuestiones relativas a características del puesto y a la formación académica y continuada de las enfermeras. El segundo bloque de preguntas, relativo a aspectos de salud, lo conformó el cuestionario de salud general de Goldberg (*General Health Questionnaire* de 28 ítems o GHQ-28) que a su vez estaba dividido en cuatro subescalas (Goldber y Williams,

1996). El tercer bloque de preguntas, fue compuesto por la escala general de satisfacción laboral (*Overall Job Satisfaction Scale*), que se divide en cuestiones sobre satisfacción intrínseca y satisfacción extrínseca (Warr, Cook, y Wall, 1979). Finalmente, el cuarto bloque se constituyó con la *Utrecht Work Engagement Scale* de 17 ítems (UWES-17), que a su vez está dividido en tres subescalas (Schaufeli y Bakker, 2004). En el Anexo 1 se puede consultar el cuestionario de manera íntegra, así como la letra y número asignados a cada pregunta en la elaboración del cuestionario (por ejemplo, la primera pregunta fue A1).

3.5.1 Cuestiones sociodemográficas

En lo relativo a las cuestiones sociodemográficas, en primer lugar y con objeto de filtrar a los sujetos en función del cumplimiento de criterios de inclusión, se hicieron dos preguntas. Una hizo referencia a la situación laboral en la que se encontraba la persona en el momento de cumplimentar el cuestionario, así como al tipo de institución en la que trabajaba (A1). La otra (A2), hizo referencia a la región en la que trabajaba la persona. Las siguientes cuestiones generales, se plantearon para obtener datos sociodemográficos y a su vez de características del puesto. Se preguntó por: la edad (B1), género (sexo) (B2); tipo de hospital (referencia o área) en el que desempeña la labor (B3); el tipo de contrato con el hospital, con opción a especificaciones (B4); tipo de jornada, especificando en el caso de las parciales sobre la voluntariedad en la elección (B5); número de años de experiencia como enfermera (B6) y el número de años de experiencia en hospital actual (B7); perfil o especialidad acreditados (B8), así como si ocupa en la actualidad un puesto ajustado a ese perfil (B9); tipo de cargo desempeñado en el hospital (B10); tipo de servicio (B11) con opción a especificaciones (B12); tipo de turno con opción a especificaciones (B13); características relativas a la estabilidad en el propio servicio y turno, haciendo referencia a los cierres de plantas, necesidades en los servicios y modalidades de turno sobre la propia estabilidad percibida por la enfermera, con opción a especificaciones (B14); salario (B15); estado civil (B16) y número de hijos (B17). Además, se hicieron preguntas relativas a la formación. Entre ellas se encontraría la B8 (especialidad o perfil acreditado) y además, preguntas acerca de las titulaciones académicas distintas a la de Enfermería y de igual o superior nivel (B18) y sobre la formación continuada realizada en el último año (2017), con opción a especificaciones.

3.5.1.1 Aclaraciones en las cuestiones sociodemográficas

Algunas cuestiones sociodemográficas fueron acompañadas de textos de ayuda o aclaraciones cuando se preveía que la pregunta podría generar dudas en las personas encuestadas. En el Anexo 1, pueden consultarse dichas ayudas. Las ayudas que se ofrecieron fueron: en la pregunta B2 sobre tipo de hospital, se describieron las

características de un hospital de área y de un hospital de referencia. En la pregunta B4 sobre el tipo de contrato, se ofrecieron las descripciones para llamamientos de larga duración y llamamientos para contratos temporales de corta duración. En la pregunta B11, sobre el tipo de servicio, se aportó un listado con las unidades o especialidades que se incluyen dentro de los servicios médicos, quirúrgicos y generales, además de ejemplos de una unidad que incluyese varios servicios de los anteriores. Finalmente, en la pregunta B14, se incluyeron especificaciones sobre lo que se considera un turno regular, y el término “cubriendo”.

3.5.2 GHQ-28: Cuestionario de Salud General de Goldberg

Esta herramienta, consiste en un cuestionario autoadministrado, que es usado como *screening* de problemas de salud mental en la población general (Bernaldo-De-Quirós, Piccini, Gómez, y Cerdeira, 2015). También se sugiere para la valoración de la salud mental en cuidadores (Servicio Andaluz de Salud, s. f.).

3.5.2.1 GHQ: historia y evolución a las distintas versiones.

El GHQ, es un instrumento de construcción sólida y cuya utilidad para sus propósitos ha sido bien documentada. Se trata de un instrumento autoadministrado, de valoración e interpretación sencilla y aceptable para los encuestados. Además se ha construido para la detección de morbilidad psíquica en atención primaria, población general o clínicas médicas. Es decir, en entornos no primariamente psiquiátricos (Lobo y Muñoz, 1996). El cuestionario fue desarrollado por *David Goldberg* durante los años 70 en Inglaterra. Aunque en un inicio se concibió para que sirviese como herramienta de valoración de la salud general, o salud autopercebida, realmente fue elaborado para la detección del grado de severidad en alteraciones psiquiátricas menores (García, 1999). Concretamente, se buscaba detectar trastornos psíquicos¹ entre los encuestados, en ámbitos comunitarios y en medios clínicos no psiquiátricos (Goldber y Williams, 1996). Dichos trastornos, podrían definirse como trastornos de la función psicológica que han sido descritos ampliamente entre pacientes que acuden al psiquiatra. El GHQ está basado en otras escalas como el *Cornell Medical Inventory* elaborado por Broadman y colaboradores en 1949, el test de *screening* de 22 ítems de Langer, el *Health Opinion Survey* de Macmillan y el *Gurin Mental Status Index* desarrollado por Gurin y colaboradores en 1960. En sus inicios, el trabajo experimental de base para el GHQ,

¹ En la diversa literatura sobre el GHQ, pueden encontrarse diferentes expresiones referidas a estos trastornos psíquicos, como por ejemplo “trastorno psiquiátrico”. En la Guía para el usuario del GHQ traducido al castellano por Cámara y Carreras (1996), se hace referencia a que el término “trastorno psíquico” equivale a *mental illness* o *psychiatric illness* (Goldber y Williams, 1996). Por lo tanto, las expresiones utilizadas en este apartado pueden considerarse equivalentes.

buscaba descubrir las características que distinguen a los pacientes con trastornos psíquicos, de las personas de la población general que se autoperciben como sanos. Por lo tanto, el GHQ buscaría diferenciar entre malestar y salud psicológicos (Goldber y Williams, 1996).

En cuanto a la importancia de indagar sobre alteraciones psiquiátricas menores de las personas, hay que explicar que existen características comunes a los trastornos psíquicos que varios autores han organizado en modelos jerárquicos. Entre ellos destacan las investigaciones de Foulds y Bedford (1975). Estos autores argumentaban acerca de la importancia de establecer clasificaciones y comenzaban su justificación con una frase del célebre escritor Oscar Wilde incluida en su obra “La importancia de llamarse Ernesto”, que decía lo siguiente: *‘When I see a spade I call it a spade’. ‘I am glad to say I have never seen a spade’* (Citado por Foulds y Bedford, 1975). Frente a la psiquiatría tradicional, argumentaban que su proposición de modelo jerárquico planteaba que los individuos durante su recuperación se mueven de una fase a otra y serían difícilmente acomodados en alguna de estas fases sin un modelo; con un modelo jerárquico se mejoraría la fiabilidad, al comparar entre grupos incluidos en la misma categoría; finalmente, este modelo podría tener implicaciones en el tratamiento y en los resultados, diferentes a los sugeridos por un modelo de enfermedad-entidad o por la práctica tradicional (Foulds y Bedford, 1975). La clasificación ofrecida por estos autores señalaba cuatro categorías o clases que en su jerarquía de mayor a menor, serían: Clase 4 “Ilusiones de desintegración”; Clase 3 “Ilusiones integradas”; Clase 2 “Síntomas neuróticos” y Clase 1 “Trastornos distímicos”. La mayoría de las personas afectadas por trastornos psíquicos, estarían afectados en el nivel más bajo de su categoría. Es decir, según este modelo jerárquico, cualquier persona en alguna de las clases superiores padecería “trastornos distímicos” (Clase 1). Esta clase incluía los siguientes grupos: “estados de ansiedad”, “estados de depresión” y “estados de elación”. Caer en alguno de estos aspectos supondría una alteración del estado normal de la persona. El hecho de que esta clase menor esté incluida dentro de clases mayores implicaría lo que los autores señalaban como “el principio del rey Lear”: *“Donde la enfermedad mayor está establecida, la menor apenas se siente”*. Es decir, los síntomas menores, pueden ser eclipsados por los mayores, lo que podría condicionar la intervención (Foulds y Bedford, 1975; Goldber y Williams, 1996).

Goldberg y Williams señalan la importancia de registrar estos estados, ya que “podrían ser denominados el “mínimo común múltiplo” de los trastornos psíquicos. Es decir, que una persona que esté incluida en este nivel, podría suponerse emocionalmente excitado o alterado respecto a su forma de ser, lo cual es muy común a casi todos los pacientes

psiquiátricos y por lo tanto menos discriminativo como categoría, pero a la vez más comprensibles por el resto de la población ya que todos podemos padecerlos (Foulds y Bedford, 1975; Goldber y Williams, 1996). Lo interesante es que la experiencia con el GHQ, añadió a estos “trastornos distímicos” de Foulds y Bedford dos categorías adicionales para incluir en este nivel menos diferenciado del trastorno: la tendencia al desarrollo de síntomas somáticos menores y cambios en conductas sociales aparentemente observables (Goldber y Williams, 1996).

Por lo tanto, este cuestionario hace referencia a dos tipos de fenómenos: en primer lugar, la incapacidad para continuar llevando a cabo las funciones saludables normales. En segundo lugar, la aparición de nuevos fenómenos del tipo del malestar psíquico, a lo que los autores denominan “*distressing*”. Los trastornos detectados son de menos de 2 semanas de duración, por lo tanto es sensible a trastornos muy transitorios que incluso pueden remitir sin tratamiento. Es decir, se trata de una medida de estado, que refleja hasta qué punto un individuo cree que ha habido cambios en su estado actual, respecto al habitual. No obstante, y aunque en origen no buscaba detectar psicosis funcionales como esquizofrenia o depresión psicótica, ha demostrado que estos trastornos eran detectados con frecuencia, probablemente por el hecho de que los pacientes con estas patologías, también tienden a padecer malestar psíquico aunque esté menos diferenciado. Además, el cuestionario también permite detectar a las personas con riesgo de padecer este tipo de alteraciones (Jackson, 2007). Aún así, el GHQ no establece diagnósticos clínicos (Goldber y Williams, 1996).

El GHQ fue diseñado para utilizarse en Londres, buscando que fuese específico para esa cultura, pero posteriormente se observó que los coeficientes de validez obtenidos para distintas poblaciones de otros países y culturas eran similares. Por lo tanto, desde su desarrollo ha sido empleado en diversos idiomas y se han realizado múltiples estudios de validez, lo que supone una ventaja de cara a la comparación de resultados entre distintos lugares (Goldber y Williams, 1996).

El análisis de los componentes principales, fue llevado a cabo en 93 ítems, considerándose excesivo, ya que el propósito del cuestionario final era ser aplicado en un rango de individuos amplio. Esto llevó a la preparación de una forma corta del cuestionario, compuesta por 60 ítems y denominada GHQ-60. Posteriormente se prepararon versiones más cortas del GHQ. En dichas versiones se eliminaron aquellos ítems que solían contestar las personas “somáticamente enfermas” y posteriormente dividiendo los ítems entre aquellos referidos a la salud y los referidos a la enfermedad. De las versiones abreviadas surgidas, el GHQ-12 y el GHQ-30 han sido muy utilizadas.

Hay que tener en cuenta, que existe el GHQ-28. Esta versión abreviada derivó de forma distinta y hay que tener en cuenta que para su desarrollo no se eliminaron los ítems de enfermedad somática. El GHQ-28 puede denominarse como una versión en escalas de GHQ y ha sido ampliamente utilizada.

Es relevante para la presente Tesis, conocer que esta escala ya ha sido utilizada en enfermeras. Los propios Goldberg y Williams citan como investigación destacada un estudio de validez del GHQ-28 realizado por Parkes en 1982 (Goldber y Williams, 1996). En dicho estudio, se administró a una muestra de enfermeras el GHQ-60 y el GHQ-28 para la realización de un análisis de los componentes principales (Goldber y Williams, 1996; Parkes, 1982).

También es importante señalar que existen versiones en lengua española de las versiones de GHQ.

3.5.2.2 GHQ-28.

En la presente Tesis Doctoral, se utilizó el *General Health Questionnaire* (GHQ) para valorar el estatus de salud de las enfermeras (Goldberg y Hillier, 1979). Se trata de un cuestionario auto-administrado y de uso frecuente en distintos ámbitos (Molina et al., 2006). Concretamente se ha utilizado la versión de 28 ítems (GHQ-28). Esta es una versión adecuada si lo que se desea es obtener puntuaciones parciales en escalas. Se trata de una versión escalada (dividida en subescalas) que fue validada para la población española y que solo precisa de 3 a 5 minutos para su cumplimentación (Lobo et al., 1986). Esta escala está compuesta de 4 subescalas entre las que se reparten los 28 ítems (A, B, C and D). Estas subescalas hacen referencia a síntomas somáticos (A), ansiedad-insomnio (B), disfunción social (C) y depresión (D). Cada una de las escalas está compuesta por 7 ítems a los que las personas pueden responder mediante escalas de tipo Likert.

En la Tabla 2 puede observarse el cuestionario y su estructura por subescalas, junto a los 7 ítems que componen cada una de ellas. Además pueden observarse las opciones de respuesta para cada ítem, a las que se asignarán unos valores que dependerán en todo caso del método de puntaje escogido. En cada subescala se obtendrá una puntuación parcial. Por lo tanto, se obtienen puntuaciones específicas para síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión. El conjunto de estas puntuaciones nos dará la puntuación total para GHQ-28. Es importante especificar a las personas que a la hora de cumplimentar la escala, deben tener en cuenta que se haga referencia a las últimas semanas. Han de contestar a la totalidad de las preguntas para cada subescala escogiendo de entre las opciones de respuesta, aquella que más pueda

aplicarse a su persona. Como ya se mencionó, se debe responder solamente acerca de problemas recientes y actuales y no sobre problemas del pasado (Goldber y Williams, 1996).

Tabla 2: Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28).

A (síntomas somáticos)			
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?			
<i>Mejor que lo habitual</i>	<i>Igual que lo habitual</i>	<i>Peor que lo habitual</i>	<i>Mucho peor que lo habitual</i>
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?			
<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?			
<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?			
<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?			
<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?			
<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?			
<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
B (ansiedad-insomnio)			
B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?			
<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?			
<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?			
<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?			
<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?			
<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?			
<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
B.7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?			
<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
C (disfunción social)			
C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?			
<i>Más activo que lo habitual</i>	<i>Igual que lo habitual</i>	<i>Bastante menos que lo habitual</i>	<i>Mucho menos que lo habitual</i>
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?			
<i>Más rápido que lo habitual</i>	<i>Igual que lo habitual</i>	<i>Más tiempo que lo habitual</i>	<i>Mucho más tiempo que lo habitual</i>
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?			
<i>Mejor que lo habitual</i>	<i>Aproximadamente lo mismo que lo habitual</i>	<i>Peor que lo habitual</i>	<i>Mucho peor que lo habitual</i>
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?			
<i>Más satisfecho que lo habitual</i>	<i>Aproximadamente lo mismo que lo habitual</i>	<i>Menos satisfecho que lo habitual</i>	<i>Mucho menos satisfecho</i>
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?			
<i>Más tiempo que lo habitual</i>	<i>Igual que lo habitual</i>	<i>Menos útil que lo habitual</i>	<i>Mucho menos útil que lo habitual</i>
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?			
<i>Más que lo habitual</i>	<i>Igual que lo habitual</i>	<i>Menos que lo habitual</i>	<i>Mucho menos que lo habitual</i>
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?			
<i>Más que lo habitual</i>	<i>Igual que lo habitual</i>	<i>Menos que lo habitual</i>	<i>Mucho menos que lo habitual</i>
D (depresión)			
D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?			
<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?			
<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?			
<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?			
<i>Claramente, no</i>	<i>Me parece que no</i>	<i>Se me ha cruzado por la mente</i>	<i>Claramente lo he pensado</i>
D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?			
<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?			
<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?			
<i>Claramente, no</i>	<i>Me parece que no</i>	<i>Se me ha cruzado por la mente</i>	<i>Claramente lo he pensado</i>

Existen distintas formas de asignar los valores a las opciones de respuesta. Las más utilizadas son las conocidas como método Likert, método GHQ (o binario según muchos investigadores) y método CGHQ. Existen menciones a otras formas como el caso del método Likert modificado, aunque ofrece menos ventajas y es superado por el método Likert, por lo que es preferible la utilización de este último. El Likert, es un método ventajoso y bastante utilizado. Según este método, se asignan los valores 0-1-2-3 a las distintas opciones de respuesta de cada ítem (Goldber y Williams, 1996). Por ejemplo en el ítem A.1 (“¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?”) de la subescala de síntomas somáticos (Tabla 2), los valores asignados a las opciones de respuesta serían: 0 (mejor que lo habitual), 1 (igual que lo habitual), 2 (peor que lo habitual) y 3 (mucho peor que lo habitual).

Queda claro por lo tanto que a mayor puntuación, mayores posibilidades de padecer problemas de salud. Con este método, las puntuaciones obtenidas pueden oscilar entre 0 y 84 puntos (Sterling, 2011). Aunque no es un método que se utilice para la detección de no casos/casos, algunos autores sugieren un punto de corte de 23-24 de riesgo de comenzar a padecer distrés (Sterling, 2011; Swallow, Lindow, Masson, y Hay, 2003).

Cuando lo que se desea es identificar casos, el método binario (GHQ) es el más habitual. Según este método, se asignan los valores 0-0-1-1 a las opciones de respuesta de cada ítem. En este caso el punto de corte sirve para determinar no caso/caso (es decir, problemas de nueva aparición) y existen varias opciones de punto de corte en función del proyecto que se esté llevando a cabo. En la literatura se encuentran puntos de corte de 5/6 o de 6/7. Incluso pueden encontrarse puntos en el nivel 4/5 (Goldber y Williams, 1996; Lobo, 1987; Servicio Andaluz de Salud, s. f.).

No obstante el método GHQ, tiende a perder aquellos casos caracterizados por ser trastornos de muy larga duración. Esto se debe a que las personas en esta situación tienden a marcar un 0 (igual que lo habitual) en situaciones que siendo problemáticas, ya han asumido como habituales por todo el tiempo que llevan sufriendolas. Es decir, consideran los síntomas que experimentan como algo habitual. Estas personas se aferran a este concepto de estado habitual, interpretándose que no sufren síntomas cuando si los están sufriendo. Por lo tanto estamos ante una limitación del método GHQ frente a los estados de cronicidad.

Esta limitación puede ser superada con el método CGHQ, propuesto por Goodchild y Duncan-Jones en 1985. Se trata de un método que aumenta las probabilidades de detectar trastornos de larga duración. Para ello, se asigna una puntuación a todos los que contesten “igual que lo habitual” en los ítems negativos. En resumen, el método

CGHQ implica puntuar 0-0-1-1 en los ítems positivos (por ejemplo, “disfrutar de las actividades de la vida diaria”) y 0-1-1-1 en los ítems negativos (por ejemplo, “sentirse constantemente bajo presión”) (Goldber y Williams, 1996; Goodchild y Duncan-Jones, 1985). En cuanto al punto de corte para este método, hay guías en España que señalan el punto 12/13 (no caso/caso) (Servicio Andaluz de Salud, s. f.).

En la Tabla 3 se puede ver un resumen de los métodos de puntaje que podrían utilizarse para interpretar las respuestas obtenidas por instrumento GHQ-28.

Finalmente, conviene señalar que la versión original del GHQ-28 mostró interrelaciones entre sus 4 subescalas y la puntuación total (Goldberg y Hillier, 1979). Este resultado también se dio en la versión validada para la población española (Lobo et al., 1986). Además, la fiabilidad del GHQ fue analizada a través de un estudio de fiabilidad de tipo *split half* en el que se alcanzaron valores de 0.95 (Goldber y Williams, 1996). También, se analizó la consistencia interna a través del test de alpha de Cronbach, alcanzando resultados situados entre 0.82 y 0.93 en las diferentes modalidades de GHQ (Goldber y Williams, 1996). Respecto a la versión de GHQ-28 validada para la población española, algunos autores han señalado valores de alpha de Cronbach que fueron de 0.78 a 0.88 (Molina et al., 2006).

Tabla 3: Métodos de puntaje de GHQ.

Método de puntaje	No, en absoluto	Igual que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
Likert	0	1	2	3
GHQ	0	0	1	1
CGHQ				
Ítems negativos	0	1	1	1
Ítems positivos	0	0	1	1

3.5.3 Overall Job Satisfaction Scale

La Escala General de Satisfacción u *Overall Job Satisfaction Scale* (Warr et al., 1979) operacionaliza el constructo de satisfacción laboral reflejando la experiencia de los trabajadores en un empleo remunerado. También recoge la respuesta afectiva al contenido del propio trabajo. Se trata de una escala corta y robusta que consta de 15 ítems y que puede ser autocumplimentada (Pérez y Fidalgo, 1993). El marco conceptual de dicha escala, es la teoría de los dos factores de Herzberg. El diseño de la escala permite analizar aspectos intrínsecos y extrínsecos (motivacionales e higiénicos) de las condiciones laborales. Esto se aprecia en las dos subescalas que conforman a la propia escala: subescala de factores intrínsecos y subescala de factores extrínsecos. La subescala de factores intrínsecos aborda aspectos en relación al reconocimiento que se obtiene por el trabajo realizado, la responsabilidad, la promoción en el trabajo o aspectos

concernientes al contenido de la tarea. La subescala de factores extrínsecos indaga acerca de la satisfacción del trabajador en lo relativo a cuestiones como la organización del trabajo, el horario, las condiciones físicas del mismo o la remuneración. Por lo tanto, el conjunto total de la encuesta proporciona tres puntuaciones que se corresponden con la satisfacción general (supone la puntuación total de la escala), la satisfacción intrínseca (puntuación específica de la subescala de factores intrínsecos) y la satisfacción extrínseca (puntuación específica de la subescala de factores extrínsecos) (Pérez y Fidalgo, 1993). En la Tabla 4 se desglosan todos los ítems utilizados para cada una de las subescalas de la Escala General de Satisfacción.

Cada uno de los ítems de esta escala se responde sobre una escala *Likert* de 7 posibles respuestas sobre el grado de satisfacción o insatisfacción. Estas respuestas son: 1) Muy insatisfecho; 2) Insatisfecho; 3) Moderadamente insatisfecho; 4) Ni satisfecho ni insatisfecho; 5) Moderadamente satisfecho; 6) Satisfecho; 7) Muy satisfecho. Por lo tanto, los valores a asignar irán de 1 (Muy insatisfecho) a 7 (Muy satisfecho). A la hora de medir la satisfacción laboral general, se toma la puntuación total de la escala, que se situará en el rango que va de 15 a 105 puntos. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor será la satisfacción laboral general. No obstante, se recomienda el uso de las subescalas por separado. La puntuación que puede obtenerse en la subescala de satisfacción intrínseca se situará en el rango que va de los 7 a 49 puntos. En el caso de la subescala de satisfacción extrínseca, se situará entre los 8 y 56 puntos.

Tabla 4: Ítems de las subescalas de la *Overall Job Satisfaction Scale* (Pérez y Fidalgo, 1993).

Subescala de factores intrínsecos	Subescala de factores extrínsecos
<ul style="list-style-type: none"> • Libertad para elegir tu propio método de trabajo. • Reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho. • Responsabilidad que se te ha asignado. • La posibilidad de utilizar tus capacidades. • Tus posibilidades de promocionar. • La atención que se presta a las sugerencias que haces. • La variedad de tareas que realizas en tu trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones físicas del trabajo. • Tus compañeros de trabajo. • Tu superior inmediato. • Tu salario. • Relación entre dirección y trabajadores en tu empresa. • El modo en que tu empresa está gestionada. • Tu horario de trabajo. • Tu estabilidad en el empleo.

La *Overall Job Satisfaction Scale* (Warr et al., 1979) ha sido validada para la población española y publicada como una Nota Técnica de Prevención (NTP) (Pérez y Fidalgo, 1993). Las NTP son una colección de notas, publicadas por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) que se iniciaron en 1982 (INSHT). Esta nota en concreto recibe el número NTP 395. Según la Web del INSST, las NTP “se iniciaron con la vocación de convertirse en un manual de consulta indispensable para todo

prevencionista y obedece al propósito del Instituto de facilitar a los agentes sociales y a los profesionales de la PRL (Prevención de Riesgos Laborales) herramientas técnicas de consulta” (INSST, 2019).

La escala original ha mostrado suficiente fiabilidad mediante el coeficiente de alpha de Cronbach, con valores de 0.79 - 0.85 en satisfacción intrínseca, 0.74 - 0.78 en satisfacción extrínseca (Heritage, Pollock, y Roberts, 2015) y 0.85 - 0.88 en satisfacción general (Pérez y Fidalgo, 1993). Otros autores también han aportado datos de la consistencia interna de la escala en su versión española aplicada sobre enfermeras. En estos casos, los resultados obtenidos mediante alpha de Cronbach fueron de 0.89 (Carrillo-García et al., 2015) y de 0.78 (0.89 con la corrección de Spearman Brown) (Herrera-Amaya y Manrique-Abril, 2008). Otros autores han señalado valores de 0.88 para satisfacción general, 0.73 para satisfacción intrínseca y 0.86 para satisfacción extrínseca (Llor-Esteban, Sánchez-Muñoz, Ruiz-Hernández, y Jiménez-Barbero, 2017). Recientemente se ha aplicado en un contexto muy similar al de la presente Tesis Doctoral, mostrando valores de alpha de Cronbach de 0.94 para la satisfacción laboral general, 0.89 para satisfacción intrínseca y 0.79 para satisfacción extrínseca (González-Gancedo et al., 2019).

Este instrumento de recogida de datos, ha sido utilizado tanto internacional como nacionalmente con enfermeras u otros tipos de personal sanitario (Carrillo-García et al., 2014; Carrillo-García et al., 2015; Carrillo-García, Solano-Ruíz, Martínez-Roche, y Gómez-García, 2013; González-Gancedo et al., 2019; Herrera-Amaya y Manrique-Abril, 2008).

3.5.4 UWES-17 (*Utrecht Work Engagement Scale*)

Con la definición vista anteriormente de *engagement* como base, se creó la Escala *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES). Se trata de un cuestionario autoadministrado, que está compuesto por las tres dimensiones que constituyen el *engagement*: vigor, dedicación y absorción (Salanova y Schaufeli, 2009; Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiro, y Grau, 2000; Schaufeli y Bakker, 2004, 2011). Este es el cuestionario más utilizado para la medición del *engagement* (Rodríguez-Muñoz y Bakker, 2013). Se trata de una encuesta que ha facilitado una investigación de carácter sistemático sobre el constructo y que ya está disponible en al menos 22 idiomas, llegándose a configurar una amplia base de datos de carácter internacional (Rodríguez-Muñoz y Bakker, 2013; Salanova y Schaufeli, 2009).

En sus inicios, la encuesta estuvo conformada por 24 ítems que fueron reducidos a 17 tras diversos análisis de carácter psicométrico (Rodríguez-Muñoz y Bakker, 2013). Esta

versión de 17 ítems (UWES-17) es la que se utilizó en la presente Tesis Doctoral para medir el *engagement*. No obstante, conviene saber que existe otra versión abreviada de nueve ítems (UWES-9) (Salanova y Schaufeli, 2009; Schaufeli y Bakker, 2011). Esta escala abreviada también ha sido utilizada para medir el *engagement* en enfermeras españolas (Jenaro et al., 2011). Además se ha desarrollado una versión de dicha escala que puede aplicarse en estudiantes (Salanova y Schaufeli, 2009; Schaufeli y Bakker, 2011). A este respecto, hay que tener en cuenta que, aunque estudiar no se considere de manera formal un trabajo, se puede considerar que hay una equivalencia entre estudiar y trabajar desde el punto de vista psicológico debido a las actividades estructuradas y proactivas que realizan para alcanzar una meta (Salanova y Schaufeli, 2009). Este cuestionario sobre *engagement* académico, también se ha utilizado en investigaciones en España en alumnos de Enfermería (Fernández-Martínez et al., 2017; Liébana-Presa et al., 2014; Liébana-Presa, Fernández-Martínez, Vázquez-Casares, López-Alonso, y Rodríguez-Borrego, 2018; López-Alonso, López-Aguado, Fernández-Martínez, Liébana Presa, y Gutiérrez-Provecho, 2016; Marqués-Sánchez et al., 2017).

Volviendo a la versión de *Utrecht Work Engagement Scale* que ha sido utilizada en la presente Tesis Doctoral (UWES-17), se trata de un cuestionario que permite ser autocumplimentado por los propios trabajadores. Para ello, es necesario que los encuestados respondan a los 17 ítems de la escala sobre una escala de tipo Likert. Dicha escala Likert ofrece 7 posibilidades de respuesta. Las escogidas para este trabajo (la escala ofrece dos posibilidades de respuestas con la misma orientación) fueron: 0) Ninguna vez, 1) Pocas veces al año, 2) Una vez al mes o menos, 3) Pocas veces al mes, 4) Una vez por semana, 5) Pocas veces por semana, 6) Todos los días. Por lo tanto, los valores que se asignan pueden oscilar entre 0 (Ninguna vez) y 6 (Todos los días) (Salanova y Schaufeli, 2009; Schaufeli y Bakker, 2011).

La UWES-17 se divide a su vez en tres subescalas que coinciden con las tres dimensiones que conforman el *engagement* (vigor, dedicación y absorción). El vigor se evalúa mediante 6 ítems referidos a un estado con altos niveles de energía y resiliencia, a la voluntad de dedicar esfuerzos, a no fatigarse con facilidad y a la persistencia frente a las dificultades. La dedicación se evalúa a través de 5 ítems que se refieren al sentido o significado del trabajo, a la sensación de entusiasmo y orgullo por la propia labor y a sentirse inspirado y retado por el trabajo. Finalmente, la absorción se evalúa mediante 6 ítems que hacen referencia al hecho de estar felizmente inmerso en su trabajo y a presentar dificultad para dejarlo de tal forma que el tiempo pasa rápidamente y uno se olvida de todo a su alrededor (Schaufeli y Bakker, 2011). En la Tabla 5 pueden observarse en detalle los ítems utilizados para evaluar cada uno de los componentes.

Para obtener las puntuaciones individuales en el UWES-17, es necesario sumar todas las puntuaciones de los ítems de cada subescala y dividir el resultado obtenido por el número de ítems que conforman la subescala correspondiente. Estas puntuaciones individuales, pueden agregarse a nivel grupal mediante la realización del promedio de las puntuaciones (Salanova y Schaufeli, 2009). En función de los puntajes obtenidos para cada uno de los componentes, podemos encontrarnos ante las siguientes situaciones (ver Figura 17).

Tabla 5: Ítems que forman parte de cada una de las subescalas de UWES-17 (Salanova y Schaufeli, 2009; Schaufeli y Bakker, 2011).

Vigor	Dedicación	Absorción
1. En mi trabajo me siento lleno de energía. 2. Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo. 3. Cuando me levanto por la mañana, tengo ganas de ir a trabajar. 4. Puedo continuar trabajando durante largos periodos de tiempo. 5. Soy muy persistente en mi trabajo. 6. Incluso cuando las cosas no van bien, continúo trabajando.	1. Mi trabajo está lleno de significado y propósito. 2. Estoy entusiasmado con mi trabajo. 3. Mi trabajo me inspira. 4. Estoy orgulloso del trabajo que hago. 5. Mi trabajo es retador.	1. El tiempo “vuela” cuando estoy trabajando. 2. Cuando estoy trabajando olvido todo lo que pasa alrededor de mí. 3. Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo. 4. Estoy inmerso en mi trabajo. 5. Me “dejo llevar” por mi trabajo. 6. Me es difícil “desconectarme” de mi trabajo.

En cuanto a los puntajes obtenidos para las subescalas de *work engagement*, los autores proponen unos puntajes normativos para UWES-17. Dichos puntajes se han agrupado en cinco categorías, las cuales van desde muy bajo a muy alto (Figura 18) (Schaufeli y Bakker, 2011). Por otro lado, y en línea con estas categorías señaladas, en la Figura 19 es posible observar los baremos para UWES-17 basados en las puntuaciones obtenidas por 1275 trabajadores españoles (incluidos en diferentes sectores laborales). Estos baremos tienen la ventaja de que permiten al investigador realizar una comparación con el grupo de referencia (Salanova y Schaufeli, 2009).



Figura 17: Resultados en los componentes del *engagement* determinados por las puntuaciones para cada subescala (Schaufeli y Bakker, 2011)

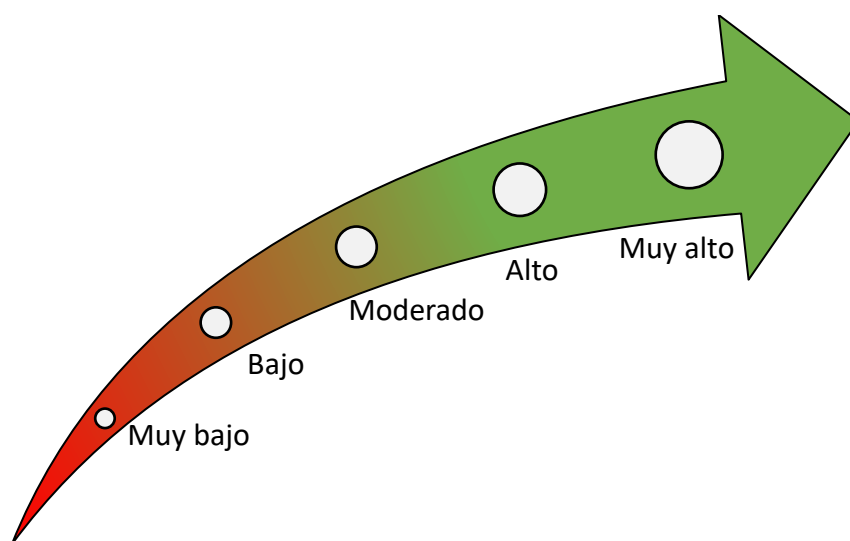


Figura 18: Categorías para la clasificación de los puntajes obtenidos en las subescalas o la totalidad de UWES-17. Elaborado a partir de las pautas de Schaufeli y Bakker (2011).

Vigor	Dedicación	Absorción	Total
Muy bajo: ≤ 2.17	Muy bajo: ≤ 1.60	Muy bajo: ≤ 1.60	Muy bajo: ≤ 1.93
Bajo: 2.18 – 3.20	Bajo: 1.61 – 3.00	Bajo: 1.61 – 2.75	Bajo: 1.94 – 3.06
Moderado: 3.21 – 4.80	Moderado: 3.01 – 4.90	Moderado: 2.76 – 4.40	Moderado: 3.07 – 4.66
Alto: 4.81 – 5.65	Alto: 4.91 – 5.79	Alto: 4.41 – 5.35	Alto: 4.467– 5.53
Muy alto: ≥ 5.61	Muy alto: ≥ 5.80	Muy alto: ≥ 5.36	Muy alto: ≥ 5.36

Figura 19: Baremos para UWES-17. Se basa en una muestra de trabajadores españoles. Adaptado de Salanova y Schaufeli (20029) y Schaufeli y Bakker (2011).

En lo relativo a las características psicométricas de esta escala, es necesario señalar que presenta una serie de características que la convierten en una herramienta sólida: En primer lugar, en relación a su validez factorial analizada en estudios que incluyeron a diversos países, ha demostrado estar conformada por los tres factores característicos del *work engagement* (vigor, dedicación y absorción). Estos tres factores están fuertemente intercorrelacionados entre ellos (0.65 – 0.85). Esta correlación sirve para fundamentar la posibilidad de usar la puntuación global del UWES-17 como indicador del *work engagement* (Salanova y Schaufeli, 2009). No obstante, también se sugiere que esta puntuación total de *work engagement* puede ser de mayor utilidad en investigaciones de tipo empírico (Rodríguez-Muñoz y Bakker, 2013).

Por otro lado se ha evidenciado invarianza factorial. Es decir, no hay variaciones en la estructura de tres factores al comparar entre países y entre distintos grupos ocupacionales, lo cual hace del UWES-17 una herramienta apropiada para el contexto del presente trabajo. También es de reseñar su validez discriminante frente al *burnout*, la estabilidad de sus puntuaciones a lo largo del tiempo (lo cual fundamenta el carácter permanente que le otorga su definición) y su consistencia interna que suele aportar valores de alpha de Cronbach superiores a 0.80 (Salanova y Schaufeli, 2009). Las subescalas han ofrecido valores alpha de 0.83 (vigor), 0.92 (dedicación) y 0.92 (absorción). Esta consistencia interna también ha sido medida a nivel internacional (incluyendo población española) y se alcanzaron valores alpha de 0.82 (vigor), 0.89 (dedicación) y 0.83 (absorción). Un trabajo reciente en un contexto similar al de la

presente Tesis Doctoral, en el que se midió el *work engagement* con UWES-17 en enfermeras españolas trabajando en un hospital público, obtuvo los siguientes valores de alpha de Cronbach: 0.91 (Vigor), 0.88 (dedicación) y 0.80 (absorción) (González-Gancedo et al., 2019).

La UWES se ha utilizado (en sus distintas versiones) en diversos estudios nacionales e internacionales, cuya muestra estaba compuesta por enfermeras o por otro personal sanitario o de instituciones sociosanitarias (Forbes, Freeman, McCombes, y Humphris, 2014; Freeney y Fellenz, 2013; Jenaro et al., 2011; Havens et al., 2013; Sveinsdóttir y Blöndal, 2014; P. Van Bogaert et al., 2013; Peter Van Bogaert et al., 2013, 2014; Warshawsky, Havens, y Knafl, 2012).

3.6 Análisis estadístico

3.6.1 Análisis descriptivo

Para el análisis descriptivo se recurrió a medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión. Se hizo una descripción de las características sociodemográficas de la muestra, así como de las características asociadas al puesto de trabajo y formativas de las enfermeras en los hospitales. También se ofreció una descripción de los datos obtenidos en cada escala utilizada.

3.6.2 Análisis de la fiabilidad

Para el análisis de la fiabilidad se ha recurrido a la técnica de alpha de Cronbach. La fiabilidad es concebida como la consistencia o estabilidad de las medidas cuando el proceso de medición se repite. Está muy relacionada con la precisión. Si la variabilidad de las medidas de un objeto es grande, hay que considerar que se están obteniendo unos valores poco fiables debido a su imprecisión (Prieto y Delgado, 2010). Por lo tanto, puede decirse que hace referencia a la consistencia interna de una medida y está determinada por el grado en que los errores de medición estén presentes en el instrumento de medida (Virla, 2010). La consistencia interna se define como la proporción de variabilidad en las respuestas de los encuestados (Pestana y Gageiro, 2014). Existen varias técnicas estadísticas que permiten un análisis de la consistencia interna. La técnica de alpha de Cronbach (Cronbach, 1951) es una de las más utilizadas a la hora de verificar la consistencia interna entre ítems (Pestana y Gageiro, 2014). Dicho coeficiente está basado en la correlación inter-elementos promedio, asumiendo que los ítems proporcionan medidas de un mismo constructo y que además están altamente correlacionados. Dichos ítems son medidos en escala tipo Likert (Rodero, Molina, Fernández, y Redondo, 2015). Los valores pueden situarse entre 0 y 1 en función de que se categorizara la consistencia interna como: muy buena (alpha superior

a 0.90); buena (alpha entre 0.80 y 0.90); razonable (alpha entre 0.70 y 0.80); débil (alpha entre 0.60 y 0.70); inadmisible (alpha < 0.60) (Pestana y Gageiro, 2014). Otros autores mencionan que se considera que un coeficiente Alpha con un valor igual o superior a 0.70 es aceptable (Rodero et al., 2015). Se recomienda, además, la evaluación del valor del coeficiente Alpha al eliminar del cuestionario cada ítem que lo compone. En definitiva, podría prescindirse de aquellos que al ser eliminados, producen un aumento en el valor del coeficiente alpha (Pestana y Gageiro, 2014; Rodero et al., 2015).

Es necesario recordar que esta técnica no es la única forma de valorar la consistencia interna, y que hay que tener en cuenta que a la hora de valorar el grado de fiabilidad considerado aceptable, hay que considerar las consecuencias derivadas del uso de las puntuaciones: si las puntuaciones van a emplearse en la toma de decisiones que supongan cuestiones de relevancia para las personas, el coeficiente de fiabilidad debería ser más alto (al menos 0.90). Si simplemente se trata de describir diferencias individuales a nivel de grupo, sería suficiente con un 0.70. A esto hay que añadir, que los estadísticos sobre fiabilidad van a variar entre poblaciones y también por el efecto de otros factores como la longitud de la prueba y la variabilidad en las muestras compuestas por personas. Por ello sería erróneo considerar como verdadera y única fiabilidad de la prueba, aquella que procede de un único estudio (Rodero et al., 2015).

3.6.3 Análisis de normalidad

De cara a la elección de métodos paramétricos o no paramétricos para el restante análisis de los datos, se recurrió a un análisis de la distribución de la muestra. Se buscó averiguar si la distribución en las variables analizadas cumple criterios de normalidad o no. En el caso de cumplirlos se recurriría a test paramétricos. De no distribuirse normalmente, los test escogidos serían los no paramétricos. Para averiguar esto, se recurrió a la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Esta prueba también se conoce como K-S y se trata de un análisis de significación estadística que permite verificar si los datos obtenidos de una muestra proceden de una distribución que cumple los criterios de normalidad. Esta prueba se recomienda en aquellos casos en los que el tamaño muestral supera las 50 unidades y en variables cuantitativas continuas (Romero, 2016). Por este motivo fue la técnica seleccionada en nuestro estudio. Obteniéndose valores $p < 0.05$, se rechazaría la hipótesis nula (es decir, que los datos proceden de una distribución normal) y asumiríamos la alternativa (los datos proceden de una distribución no normal). Como veremos en el apartado de resultados, en el presente estudio se rechazó la hipótesis nula, por lo que se recurrió a métodos no paramétricos tanto para el análisis correlacional como el comparativo.

3.6.4 Análisis correlacional

Con el objeto de cuantificar el grado de asociación entre las variables cuantitativas de este trabajo, se ha recurrido al cálculo del coeficiente de correlación entre las distintas variables. Una correlación describe la fuerza de asociación en términos de si los datos siguen una tendencia lineal (Agresti y Finlay, 2012). Debido a la distribución no normal de la muestra, y a que las variables correspondientes a las distintas subescalas son de carácter ordinal, se optó por el test de rho de Spearman (Pestana y Gageiro, 2014). Charles Edward Spearman fue un psicólogo inglés, profesor en la *University College London*, que destacó por su teoría factorial de la inteligencia y por el desarrollo de este coeficiente de correlación (Flasiński, 2016). Este coeficiente es un estadístico no paramétrico que puede utilizarse cuando los datos incumplen las asunciones paramétricas como la normalidad en la distribución de los datos (Field, 2009). Es decir, esta técnica estadística proporciona una medida relativa de asociación lineal entre pares de variables que no dependen de las unidades de medida. Una propiedad importante de este test, es que muestra insensibilidad a la asimetría en la distribución y a la presencia de *outliers* (valores atípicos). Por lo tanto, no requiere que los datos provengan de poblaciones con distribución normal, al contrario de lo que ocurre con la R de Pearson. De hecho, la ausencia de normalidad afecta poco al nivel de significación y a la potencia del test en muestras grandes (Pestana y Gageiro, 2014). En cuanto a los valores que puede adoptar un coeficiente de correlación, varían entre -1 y +1 y a mayor aproximación a sus extremos se considera que la fuerza de asociación es mayor. Por otro lado, cuanto más se acerque a 0, más débil es la fuerza de asociación (Pestana y Gageiro, 2014). Es decir, que mayor es la variación de una variable que es explicada por la otra. Es necesario conocer que, cuando el valor del coeficiente de correlación es mayor que 0 ($r > 0$), las variables estarán relacionadas positivamente. Por el contrario, si el coeficiente es menor que 0 ($r < 0$), la relación será negativa. En ciencias exactas se sugiere el siguiente criterio de clasificación de asociación lineal (Figura 20) (Pestana y Gageiro, 2014):

Muy débil	Débil	Moderada	Elevada	Muy elevada
• $ r < 0.2$	• $0.2 \leq r < 0.4$	• $0.4 \leq r < 0.7$	• $0.7 \leq r < 0.9$	• $0.9 \leq r \leq 1$

Figura 20: Valores relacionados con la fuerza de asociación lineal. Adaptado de Pestana y Gageiro (2014).

Otros autores señalan que valores del coeficiente de correlación comúnmente usados para medir el tamaño del efecto serían: ± 1 (efecto pequeño); ± 3 (efecto medio); ± 5 (efecto grande) (Field, 2009). Sin embargo, en otras áreas de investigación como las

ciencias comportamentales, al ser pequeña la variación previsible de una variable en función de otra, puede considerarse elevado un coeficiente de $0.3 \leq |r| \leq 0.5$. Un ejemplo de esto sería la relación entre el cociente de inteligencia y las notas en matemáticas, ya que serían variables acompañadas por mucho ruido (Pestana y Gageiro, 2014). Como el contexto de la presente investigación encaja en este tipo de análisis, se adoptó este último criterio a la hora de analizar los coeficientes de correlación lineal entre las variables a estudio.

Finalmente, es necesario tener en cuenta que a la hora de interpretar los coeficientes de correlación, estos no ofrecen una noción de causalidad. Es decir, que a la hora de comparar dos variables en las que cuando una aumenta, la otra también, no se puede saber si el aumento de una de las dos es la causa del aumento de la otra o viceversa. Esto se debe a dos motivos: en primer lugar, el problema de la tercera variable. Este se refiere a que en cualquier correlación no se puede asumir correlación entre 2 variables, porque pueden existir otras variables (medidas o no medidas) que estén afectando a los resultados. El segundo motivo está relacionado con la dirección de causalidad, ya que los coeficientes de correlación no dicen nada sobre cuál es la variable que causa el cambio en la otra. Además esto ocurre incluso ignorando el problema de la tercera variable. Es decir: el coeficiente de correlación no va a indicar en qué dirección opera la causalidad (Field, 2009).

3.6.5 Análisis comparativo

En el análisis comparativo se procede a valorar variables cualitativas frente a variables cuantitativas. Para realizar el análisis comparativo, se recurrió a test no paramétricos. Concretamente se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes y de Kruskal-Wallis para k muestras independientes. El motivo para elegir los test no paramétricos se debió a que los datos recopilados a través de estos cuestionarios no presentan una distribución normal. Por lo tanto, no se puede saber la cantidad de errores de tipo I (el número de veces que un test encontrará efectos estadísticamente significativos cuando realmente no los hay). No puede saberse, porque depende de la forma de la distribución. Si la distribución de los datos cumpliera la asunción de normalidad, sí que se sabría que la tasa de este tipo de error por parte de los test que se utilicen, es del 5% (Field, 2018). Por lo tanto, debido al incumplimiento de esta asunción de normalidad en la distribución, los test paramétricos no van a presentar mayor potencia que los test no paramétricos (Field, 2018).

En el presente trabajo, en primer lugar se procedió al análisis de resultados por variables sociodemográficas y características asociadas al puesto, en relación a las puntuaciones obtenidas para GHQ-28, *Overall Job Satisfaction Scale* y UWES-17. Posteriormente, se

procedió a un análisis *post hoc* de aquellas variables que presentaban k muestras independientes. Es decir, aquellas variables que previamente fueron sometidas al análisis a través de Kruskal-Wallis. Para ello se recurrió al test de Dunn ajustado mediante la corrección de Bonferroni. Este procedimiento no paramétrico de comparación múltiple por pares es utilizado cuando el test de Kruskal-Wallis lleva a rechazar la hipótesis nula. Se trata de un método cuya popularidad ha ido en aumento en las últimas décadas (Dinno, 2015). Conviene recordar, que el test de Kruskal-Wallis es la prueba no paramétrica análoga al test de ANOVA unidireccional. De hecho, esta comparación no paramétrica por pares aparece en la versión 25 del SPSS como ANOVA de un factor de Kruskal-Wallis (k muestras).

Capítulo 4

Resultados

4.1 Análisis descriptivo

A continuación, se procede a detallar los resultados obtenidos tras la realización de las pruebas estadísticas detalladas previamente.

4.1.1 Descripción de las características sociodemográficas y de las asociadas al puesto de las enfermeras de la muestra.

Tras finalizar el periodo de recogida de datos, el total de individuos que respondió a la encuesta fue de 776. Los datos se trasladaron a una hoja de cálculo (EXCEL) donde fueron depurados. Se procedió a retirar a los individuos que no cumplieron los criterios de inclusión y a aquellos que no habían completado la encuesta de manera íntegra. Tras la depuración, el número total de individuos (N) que compuso la muestra fue de 444. Estos datos se exportaron al programa IBM® SPSS® V25 para su análisis. En primer lugar, se hizo un análisis descriptivo de las variables de carácter sociodemográfico. Para ello, se realizó un análisis de estadísticos descriptivos con medidas de tendencia central, de dispersión y de frecuencia.

En lo relativo a las medidas de tendencia central, el análisis se llevó a cabo sobre las variables edad, años de experiencia laboral como enfermera y años de experiencia laboral como enfermera en el hospital actual. En la Tabla 6 se reflejan los resultados para estas tres variables.

Tabla 6: Medidas de tendencia central para edad, experiencia laboral como enfermera y experiencia laboral como enfermera en el hospital actual.

	N	M	DT	Mínimo	Máximo
Edad	443	43.10	9.82	22	66
Experiencia laboral como enfermera (años)	442	18.95	10.37	0	43
Experiencia laboral como enfermera en el hospital actual (años)	443	14.22	10.84	0	43

Se incluyen la media (M), desviación típica (DT) y los máximos y mínimos.

Como puede observarse, la N para cada variable es distinta a la N total de 444. Esto es debido a que se detectaron 4 *outliers* (valores atípicos) en estas variables que fueron eliminados a la hora de realizar los análisis estadísticos. La media (M) de edad fue de 43.10 años, con una desviación típica (DT) de ± 9.82 . La edad más elevada fue de 66 años, mientras que las enfermeras con menos edad fueron las de 22 años. En cuanto al tiempo en años trabajados como enfermera, se observó una media de 18.95 años

(DT = ± 10.37), siendo 43 años el periodo máximo de tiempo trabajado frente a una experiencia laboral inferior a un año y que en ese caso las enfermeras marcaron como 0 años. La media de tiempo trabajado como enfermera en el hospital actual fue menor que la obtenida como experiencia total como enfermera ($M = 14.22$; DT = ± 10.84). En ambos casos los periodos de tiempo máximo y mínimo trabajados coincidieron.

En la Tabla 7 se sintetizan los datos para el análisis de frecuencias y porcentajes: la edad se agrupó en tres intervalos que comprendían a los individuos menores de 45 años, los individuos entre los 45 y 64 años y los mayores de 65. El mayor porcentaje de enfermeras de la muestra, se encuentra entre las menores de 44 años (58.47%) seguido de las situadas entre los 45 y 64 años (41.31%). Las personas mayores de 65 años supusieron el 0.23% de la muestra. En lo relativo al sexo, el femenino fue el mayoritario (89.9%) frente al masculino (10.1%). Respecto al estado civil, la participación mayoritaria fue la de las personas casadas (61.97%), seguidas de las solteras (31.8%). El resto de opciones preguntadas correspondieron a las personas divorciadas (4.5%), viudas (0.7 %) y a otras situaciones (1.4%). En lo relativo al número de hijos, el mayor porcentaje de la muestra no tenía hijos (38.5%) seguido por las personas que tenían 2 hijos (34.7%), 1 hijo (22.3%), 3 hijos (3.8%) y más de 3 hijos (0.7%).

Respecto al tipo de institución en la que se encontraban trabajando las enfermeras, se plantearon tres opciones contempladas en los criterios de inclusión. La distribución en torno a estas tres opciones fue la siguiente: el 60.6% de la muestra trabajaba en hospitales de área y el 36.5% en hospitales de referencia. El 2.9% restante no supo a qué tipo de institución pertenecía. En la Tabla 8 también puede observarse la frecuencia de individuos pertenecientes a cada categoría.

Tabla 7: Frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas relativas a edad, estado civil y número de hijos.

		Frecuencia	Porcentaje %
Edad	< de 45 años	259	58.3
	De 45 a 64 años	183	41.2
	> de 65 años	1	0.2
Sexo	Femenino	399	89.9
	Masculino	45	10.1
Estado civil	Casada/o	274	61.7
	Soltera/o	141	31.8
	Divorciada/o	20	4.5
	Viuda/o	3	0.7
	Otros	274	61.7
Número de hijos	0 hijos	171	38.5
	1 hijos	99	22.3
	2 hijos	154	34.7
	3 hijos	17	3.8
	Más de tres hijos	3	0.7

Tabla 8: Frecuencias y porcentajes de enfermeras trabajando, en función del tipo de hospital.

		Frecuencia	Porcentaje %
Tipo de Hospital	Área	269	60.6
	Referencia	162	36.5
	No sabe	13	2.9

En lo relativo a las características asociadas al puesto de trabajo, se preguntó por el tipo de contrato (Tabla 9), siendo las personas con una plaza en propiedad y el personal estatutario interino, los grupos mayoritarios de la muestra (52.7% y 26.6% respectivamente), mientras que el resto de la muestra se distribuyó entre las personas con plaza en propiedad que se encontraban en comisión de servicio, las personas con nombramientos de larga o corta duración y las Enfermeras Internas Residentes (EIR).

Tabla 9: Frecuencias y porcentajes de enfermeras trabajando en función del tipo de contrato que las vincula al hospital.

		Frecuencia	Porcentaje %
Tipo de contrato	Plaza en propiedad	234	52.7
	Estatutario interino	118	26.6
	Plaza y comisión	11	2.5
	Nombramientos largos	24	5.4
	Nombramientos cortos	53	11.9
	EIR	4	0.9

Respecto al tipo de jornada laboral (Tabla 10), el grupo mayoritario fue el conformado por las personas contratadas a jornada completa (88.7%). El resto de individuos de la muestra se encontraba trabajando bajo la modalidad de jornada parcial, pero dentro de esta se diferenció entre jornada parcial solicitada por la trabajadora a la institución o jornada parcial ofertada por la institución a la trabajadora (6.5% y 4.7% del porcentaje total de la muestra).

Tabla 10: Frecuencias y porcentajes de enfermeras en función del tipo de jornada laboral desempeñada en el hospital.

		Frecuencia	Porcentaje %
Tipo de jornada laboral	Completa	394	88.7
	Parcial solicitada	29	6.5
	Parcial ofertada	21	4.7

En lo que al tipo de cargo desempeñado se refiere (Tabla 11), el grupo mayoritario de la muestra estuvo conformado por enfermeras desempeñando labores asistenciales en las distintas unidades de hospitalización (88.7%). Las enfermeras desempeñando puestos intermedios de supervisión que respondieron a la encuesta supusieron el 14.9% de la misma, seguidas por aquellas enfermeras trabajando en puestos de dirección o gestión (2.7%). El resto de la muestra (1.4%) correspondió a las Enfermeras internas

residentes y a aquellas enfermeras que consideraron que su puesto no se ajustaba a ninguna de las opciones planteadas (0.9% y 1.4% respectivamente).

Tabla 11: Frecuencias y porcentajes de enfermeras en función del cargo desempeñado en el hospital.

	Frecuencia	Porcentaje %
Cargo desempeñado en el hospital		
Enfermera/o	356	80.2
Supervisor/a	66	14.9
Dirección/gestión	12	2.7
EIR	4	0.9
Otros	6	1.4

La variable “tipo de servicio” (Tabla 12) hace alusión de forma general al tipo de unidad en la que se encuentran distribuidas las enfermeras que conformaron la muestra. Las enfermeras que se encontraban trabajando en servicios médicos fueron el porcentaje mayoritario (80.2%) de la muestra, seguidas de aquellas que trabajaban en los distintos servicios quirúrgicos (14.4%). El siguiente porcentaje más elevado correspondió a aquellas enfermeras que trabajaban en servicios que combinaban las dos modalidades anteriores (servicios mixtos) y que supuso un 5.9%. Siguieron a estos porcentajes los servicios generales clínicos (3.4%), los EIR (0.9%) y finalmente un 2.9% de enfermeras que consideró que no encajaban dentro de los grupos propuestos.

Tabla 12: Frecuencias y porcentajes de enfermeras en función del tipo de servicio en el que trabajan en el hospital.

	Frecuencia	Porcentaje %
Tipo de servicio		
Servicios Médicos	261	58.8
Servicios Quirúrgicos	64	14.4
Servicios Generales Clínicos	15	3.4
Servicios Mixtos	26	5.9
Supervisora	61	13.7
EIR	4	0.9
Otros	13	2.9

La “modalidad de turno” hace referencia al tipo de rotación entre turnos, al que están sujetas las enfermeras (Tabla 13). Estos turnos pueden ser rotatorios (mañanas, tardes, noches) o fijos en alguno de estos periodos del día. Dentro de los turnos rotatorios, se diferenció entre rotatorio de una noche (2 mañanas, 2 tardes y 1 noche), rotatorio de 2 noches (2 mañanas, 2 tardes y 2 noches) y rotatorio de 7 semanas. Dentro de esta misma modalidad rotatoria, podría situarse lo que hemos denominado turno irregular, haciendo referencia a jornadas en distintos turnos, pero sin presentar la regularidad temporal que presentan los descritos anteriormente. El resto de turnos fueron fijos (mañanas, tardes o noches), de jornada continua (12 horas) y finalmente se agruparon

aquellos turnos heterogéneos y de características distintas a los anteriores bajo la categoría “otros”. El mayor porcentaje de enfermeras que respondió a esta pregunta, fue el de aquellas que se encontraban trabajando en turno fijo de mañanas 29.3 %, seguidas de las que trabajaban en un turno rotatorio de 2 noches (25.5 %) y por aquellas que se acogieron a la opción de otras modalidades (17.6 %). El turno rotatorio de una noche supuso un 10.4 %. En los casos de los turnos restantes, ninguno superó el 10% de la muestra total de enfermeras (7.2 % para el turno irregular, 4.7 % para el turno rotatorio de 7 semanas, 1.8 % para el de tardes fijas y 1.6 % en el caso de las noches fijas).

Tabla 13: Frecuencias y porcentajes de enfermeras en función del tipo de turno en el que desarrollan su jornada laboral.

		Frecuencia	Porcentaje %
Modalidad de turno			
	Rotatorio 1 noche	46	10.4
	Rotatorio 2 noches	113	25.5
	Rotatorio 7 semanas	21	4.7
	Noches fijas	7	1.6
	Mañanas fijas	130	29.3
	Tardes fijas	8	1.8
	Irregular	32	7.2
	12 horas	9	2.0
	Otras	78	17.6

La pregunta relacionada con las características del puesto (Tabla 14), ofrecía a las enfermeras diversas opciones relativas a la estabilidad de su puesto en la propia unidad. Es decir: si dentro de su unidad mantenían una estabilidad en términos de regularidad del turno o a no ser desplazada a trabajar en unidades distintas a la suya de destino, durante cortas o largas estancias de tiempo.

El salario percibido por las enfermeras en los distintos hospitales (todos pertenecientes al mismo sistema de salud), se dividió en 4 categorías que comprendían los siguientes rangos salariales (Tabla 15): menos de 1500 €/mes (13.3%); entre 1500 y 2000 €/mes (63.1%); entre 2000 y 2500 €/mes (23.2%) y más 2500 €/mes (0.5%). Como se puede observar, el mayor porcentaje de enfermeras se sitúa en los rangos intermedios (que comprende un salario entre 1500 y 2500 €/mes).

Respecto al estado civil y el número de hijos (Tablas 16 y 17), el mayor porcentaje de la muestra está representado por personas casadas y con hijos. Respecto a las personas con hijos, el porcentaje más elevado, fue el de las enfermeras con 2 hijos (34.7%) seguido por las enfermeras con 1 hijo (22.3 %) y por las enfermeras con 3 hijos o más (4.5%). Las enfermeras sin hijos supusieron una parte importante de la muestra (31.8%).

Tabla 14: Frecuencias y porcentajes de enfermeras en función de las características del puesto relativas a estabilidad en la propia unidad.

	Frecuencia	Porcentaje %
Características del puesto		
Trabajo en la misma planta/ Turno regular/ No me mueven a otras plantas	335	75.5
Trabajo en la misma planta/ Turno regular/ En ocasiones me mueven a otras plantas	58	13.1
Trabajo en la misma planta/ Turno regular/ Me mueven a otras plantas (mínimo 2 veces por semana)	5	1.1
Trabajo en la misma planta/ Turno irregular (cubriendo)/ No me mueven a otras plantas	14	3.2
Trabajo en la misma planta/ turno irregular (cubriendo)/ En ocasiones me mueven a otras plantas	9	2.0
Trabajo en la misma planta/ Turno irregular (cubriendo)/ Me mueven a otras plantas (mínimo 2 veces por semana)	3	0.7
En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular	1	0.2
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular	1	0.2
Otros	18	4.1

Tabla 15: Frecuencias y porcentajes de enfermeras en función del rango salarial percibido por su trabajo en el hospital.

	Frecuencia	Porcentaje %
Salario		
Menos de 1500 €/mes	59	13.3
Entre 1500 y 2000 €/mes	280	63.1
Entre 2000 y 2500 €/mes	103	23.2
Más de 2500 €/mes	2	0.5

Tabla 16: Frecuencias y porcentajes de enfermeras en función de su estado civil.

	Frecuencia	Porcentaje %
Estado civil		
Casada/o	274	61.7
Soltera/o	141	31.8
Divorciada/o	20	4.5
Viuda/o	3	0.7
Otros	6	1.4

Tabla 17: Frecuencias y porcentajes de enfermeras en función del número de hijos.

	Frecuencia	Porcentaje %
Número de hijos		
0 hijos	171	38.5
1 hijos	99	22.3
2 hijos	154	34.7
3 hijos	17	3.8
Más de tres hijos	3	0.7

Entre las características sociodemográficas analizadas, también se prestó atención a algunas características relacionadas con la formación y especialización de las enfermeras. Para ello se trató de detectar a las enfermeras que poseían una especialidad de Enfermería (obtenidas por la vía EIR o por la vía extraordinaria), o que tuviesen un perfil acreditado por trabajar en servicios especiales durante un tiempo mínimo necesario para obtener dicha acreditación. Conviene señalar que hasta la entrada en vigor de las nuevas especialidades, una enfermera podría haber estado trabajando en un servicio que actualmente está siendo ocupado con personas con esa especialidad (por ejemplo Pediatría, Neonatología o UCI pediátrica), con lo cual, habiendo trabajado el tiempo requerido, tendría perfil acreditado. Si esta enfermera hubiese obtenido posteriormente el título de Enfermero Especialista en Pediatría, poseería ambas características. Por este motivo se ha preguntado si tiene Especialidad, perfil o ambos. Ocurriría también en el caso de enfermeras que trabajando en un servicio que requiere perfil (por ejemplo Urgencias o Nefrología), posteriormente hubiese obtenido la titulación de Enfermería Especialista en Geriatría. En este caso, aunque en distintos campos, también se consideraría que posee ambas características. De todas las enfermeras que contestaron a esta pregunta, el 25.9% contestó poseer al menos una de esta características (Tabla 18). A estas personas (115 enfermeras) se les desplegó una pregunta que hacía referencia al hecho de estar o no trabajando en un puesto acorde al de esa especialidad o perfil.

Tabla 18: Frecuencias y porcentajes en función de la posesión de titulación de enfermero especialista o de perfil acreditado (o ambos) en algún servicio.

	Frecuencia	Porcentaje %
Especialidad/ Perfil o ambos		
Si	115	25.9
No	329	74.1

Como puede verse en la Tabla 19, de las 115 enfermeras, 48 se encontraban trabajando en puestos que no tenían relación con su especialidad o perfil.

Tabla 19: Frecuencias y porcentajes de aquellas enfermeras que poseyendo titulación de especialidad o perfil acreditado, se encuentran trabajando en un servicio relacionado con dicha característica.

	Frecuencia	Porcentaje %
Enfermeras con Especialidad/ perfil activo		
Si	67	15.1
No	48	10.8

También se preguntó por el tipo de cursos de formación continuada realizados en el último años (Tabla 20), diferenciándose entre cursos de aspectos metodológicos (por ejemplo sobre proceso de Enfermería, o metodología de la investigación) o de aspectos clínicos concretos. Un 46.8% de la muestra había realizado cursos de ambos tipos. En

cuanto a las enfermeras que realizaron cursos de un único tipo, el 42.3% de la muestra lo hizo sobre aspectos clínicos frente al 5.6% de las enfermeras que los hicieron exclusivamente sobre aspectos metodológicos. El 5.2% restante de las enfermeras, declararon no haber realizado ningún curso de este tipo en el último año aunque en algunos casos especificaron haber realizado cursos relacionados con otros aspectos o campos.

Tabla 20: Frecuencias y porcentajes en función de los tipos de cursos de formación continuada realizados en el último año.

		Frecuencia	Porcentaje %
Cursos de formación			
	Clínicos	188	42.3
	Metodológicos	25	5.6
	Ambos	208	46.8
	Ninguno de los anteriores	23	5.2

Otra pregunta relacionada con la formación de las enfermeras, fue la relativa a titulaciones superiores que poseyesen a parte de su titulación enfermera. Solo se tuvieron en cuenta titulaciones de Grado o equivalente. Se preguntó por titulaciones en otros Grados/Diplomaturas/Licenciaturas, Máster oficial, otros Máster y por el Título de Doctor. En la Tabla 21, puede verse desglosado por titulaciones el número de enfermeras que poseían dicha titulación. Por otro lado, una sola enfermera, puede poseer varias de estas titulaciones. En la Tabla 22 se han agrupado las enfermeras en función del número de estas titulaciones que poseían. Se puede observar que la mayor parte de la muestra (67.3%) no posee otras titulaciones de Grado o equivalente, o superior al de Enfermería. En cuanto al resto de la muestra, un 27.9% posee una titulación a mayores, un 4.3% dos titulaciones y solamente un 0.5% (2 enfermeras) declaran tener 4 titulaciones a parte de la propia de Diplomatura/Grado en Enfermería.

Tabla 21: Frecuencias y porcentajes de titulaciones superiores distintas a la Diplomatura o Grado en Enfermería que poseen las enfermeras que conforman la muestra.

		Frecuencia	Porcentaje%
Formación superior			
	Otro Grado	19	4.3
	Otra Diplomatura	20	4.5
	Licenciatura	22	5.0
	Máster oficial	42	9.5
	Máster (otros)	58	13.1
	Tesis Doctoral	9	2.0

Tabla 22: Frecuencias y porcentajes en función del número de titulaciones de Grado equivalente o superior a la titulación de Diplomatura/ Grado en Enfermería, que poseen las enfermeras que conforman la muestra.

		Frecuencia	Porcentaje %
Número de titulaciones			
	0 titulaciones	299	67.3
	1 titulación	124	27.9
	2 titulaciones	19	4.3
	4 titulaciones	2	0.5

4.1.2. Descripción de los resultados obtenidos a través de los cuestionarios GHQ-28, *Overall Job Satisfaction Scale* y UWES-17.

A continuación, se procede a detallar los resultados obtenidos con las herramientas utilizadas para la medición de salud general, satisfacción laboral y *work engagement*.

4.1.2.1 GHQ-28

A la hora de analizar los resultados obtenidos por las enfermeras a través del GHQ-28, se han asignado los 3 sistemas de puntuación descritos con anterioridad (Likert, CGHQ y binario). En cuanto al uso del sistema Likert (asignando los valores 0, 1, 2 y 3) se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 23) para las subescalas de síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión. Salvo en la subescala de depresión, en el resto de subescalas se superó la media de 7. La subescala con una mayor media fue la de disfunción social ($M = 7.87$; $DT = \pm 2.54$). En este caso. La subescala de depresión fue la que obtuvo una puntuación más baja ($M = 1.80$; $DT = \pm 3.32$). La media de la puntuación total de la escala GHQ-28 fue de 24.21 ($DT = \pm 12.82$).

Tabla 23: Puntuaciones en GHQ-28 tras la asignación de valores mediante el método Likert.

GHQ-28 (Likert)	N	Rango	Mínimo	Máximo	M	DT
Síntomas somáticos	444	20	0	20	7.18	4.34
Ansiedad/ Insomnio	444	21	0	21	7.37	5.03
Disfunción social	444	16	0	16	7.87	2.54
Depresión	444	21	0	21	1.80	3.32
Total GHQ-28	444	69	1	70	24.21	12.82

Se ofrecen media (M), desviación típica (DT) y los rangos en cada subescala junto a sus mínimos y máximos.

Utilizando el sistema binario, que consistió en asignar la puntuación 0, 0, 1 y 1 a las opciones de cada ítem que conformaba las subescalas, se obtuvieron los resultados que pueden observarse en la Tabla 24:

Tabla 24: Puntuaciones en GHQ-28 tras la asignación de valores mediante el método binario.

GHQ-28 (binario)	N	Rango	Mínimo	Máximo	M	DT
Síntomas somáticos	444	7	0	7	2.09	2.41
Ansiedad/ Insomnio	444	7	0	7	2.24	2.48
Disfunción social	444	7	0	7	1.32	1.83
Depresión	444	7	0	7	0.45	1.23
Total GHQ-28	444	27	0	27	6.11	6.71

Se ofrecen media (M), desviación típica (DT) y los rangos en cada subescala junto a sus mínimos y máximos.

En este caso se observó que la puntuación más elevada se obtuvo en ansiedad-insomnio ($M = 2.24$; $DT = \pm 2.48$) mientras que la más baja también fue la de depresión ($M = 0.45$; $DT = \pm 1.23$). La media total fue de 6.11 ($DT = \pm 6.71$).

Finalmente, en la Tabla 25 se muestran las puntuaciones obtenidas al aplicar el sistema CGHQ. En este caso tal y como ocurría con el método anterior, la subescala de ansiedad-insomnio, es la que obtiene una puntuación más alta ($M = 4.64$; $DT = \pm 2.21$)

y en depresión se obtiene la menor puntuación ($M = 1.24$; $DT = \pm 1.94$). En este caso, la puntuación media total fue de $M = 12.20$; $DT = \pm 6.36$.

Tabla 25: Puntuaciones en GHQ-28 tras la asignación de valores mediante el método CGHQ.

GHQ-28 (CGHQ)	N	Rango	Mínimo	Máximo	M	DT
Síntomas somáticos	444	7	0	7	4.23	2.21
Ansiedad/ Insomnio	444	7	0	7	4.64	2.21
Disfunción social	444	7	0	7	2.08	1.61
Depresión	444	7	0	7	1.24	1.94
Total GHQ-28	444	28	0	28	12.20	6.36

Se ofrecen media (M), desviación típica (DT) y los rangos en cada subescala junto a sus mínimos y máximos.

4.1.2.2 Overall Job Satisfaction

En la Tabla 26, pueden observarse las puntuaciones en satisfacción laboral intrínseca y extrínseca, así como la puntuación total (el sumatorio de ambas). La media para la satisfacción general fue de 61.87 ($DT = \pm 17.80$). Esta quedó desglosada en $M = 28.91$; $DT = \pm 9.31$ en satisfacción intrínseca y $M = 32.96$; $DT = \pm 9.13$ en satisfacción extrínseca.

Tabla 26: Puntuaciones en Overall Job Satisfaction Scale.

Overall Job Satisfaction	N	Rango	Mínimo	Máximo	M	DT
Satisfacción General	444	85	19	104	61.87	17.80
Satisfacción intrínseca	444	41	8	49	28.91	9.31
Satisfacción extrínseca	444	45	10	55	32.96	9.13

Se ofrecen media (M), desviación típica (DT) y los rangos en cada subescala junto a sus mínimos y máximos.

4.1.2.3 UWES - 17

Las puntuaciones para UWES-17 también se desglosan en sus tres subescalas (Tabla 27). Así se puede ver que la máxima puntuación media se obtuvo en la subescala de vigor ($M = 4.80$; $DT = \pm 1.02$), seguida de la subescala dedicación ($M = 4.78$; $DT = \pm 1.33$) y la subescala absorción ($M = 4.58$; $DT = \pm 1.12$).

Tabla 27: Puntuaciones en UWES-17.

UWES-17	N	Rango	Mínimo	Máximo	M	DT
Vigor	444	4.67	1.33	6.00	4.80	1.02
Dedicación	444	6.00	0.00	6.00	4.78	1.33
Absorción	444	5.83	0.17	6.00	4.58	1.12

Se ofrecen media (M), desviación típica (DT) y los rangos en cada subescala junto a sus mínimos y máximos.

4.2 Resultados en fiabilidad.

Se procede a continuación a describir los valores obtenidos en la medición de la consistencia interna de los constructos a través del test de alpha de Cronbach. Se ofrecen datos específicos para cada subescala, así como la puntuación global de cada cuestionario.

4.2.1. Estadísticos de fiabilidad en GHQ-28.

Dado que se ha procedido a describir la escala GHQ-28 en función de los distintos métodos de puntaje utilizados, en esta ocasión se ha sometido a tres análisis de fiabilidad (uno por cada método de puntaje) con el objeto de detectar cuál de los métodos ofrece una mayor consistencia interna. A continuación se muestran los datos para GHQ-28 en función de método de puntaje utilizado (Tabla 28).

En el Anexo 2, pueden observarse los valores alpha de Cronbach en función del elemento suprimido.

Tabla 28: Estadísticos de fiabilidad. Puntuaciones obtenidas mediante el test de alpha de Cronbach. Se muestran los resultados para la escala total (28 ítems) y para cada subescala (7 ítems) en base al método de puntaje utilizado.

Método de puntaje	Escala y subescalas		Número de elementos (ítems)	Alpha de Cronbach
Likert	GHQ-28	Síntomas somáticos	7	0.88
		Ansiedad-insomnio	7	0.92
		Disfunción social	7	0.80
		Depresión	7	0.90
			28	0.95
Binario	GHQ-28	Síntomas somáticos	7	0.87
		Ansiedad-insomnio	7	0.89
		Disfunción social	7	0.80
		Depresión	7	0.84
			28	0.92
CGHQ	GHQ-28	Síntomas somáticos	7	0.80
		Ansiedad-insomnio	7	0.84
		Disfunción social	7	0.77
		Depresión	7	0.87
			28	0.92

4.2.2. Estadísticos de fiabilidad en Overall Job Satisfaction Scale.

Como ya se mencionó anteriormente, esta escala está compuesta por las subescalas de “satisfacción intrínseca” y “satisfacción extrínseca”. El sumatorio de ambas escalas da la medida de lo que se denomina “satisfacción general”. Para valorar su consistencia interna se ha recurrido de nuevo al test de alpha de Cronbach, obteniéndose para cada subescala y para la escala en general, las puntuaciones que se observan en la Tabla 29. En el Anexo 2, se muestran las puntuaciones que se obtendrían con la supresión de cada elemento.

Tabla 29: Estadísticos de fiabilidad para la escala y subescalas de Overall Job Satisfaction

Escala		Subescalas	Número de elementos (ítems)	Alpha de Cronbach
Overall Job Satisfaction Scale		Satisfacción General	15	0.93
		Satisfacción intrínseca	7	0.91
		Satisfacción extrínseca	8	0.82

4.2.3. Estadísticos de fiabilidad en UWES-17.

Vigor, dedicación y absorción son las tres subescalas que componen las UWES-17, y sobre ellas también se ha utilizado el test estadístico de alpha de Cronbach con el objeto de obtener datos sobre su consistencia interna. En la Tabla 30 se ofrecen las puntuaciones para cada una de las escalas así como en el Anexo 2, pueden observarse las puntuaciones obtenidas en función de haberse retirado cada ítem.

Tabla 30: Estadísticos de fiabilidad para UWES-17 y sus subescalas.

Escala	Subescalas	Número de elementos (ítems)	Alpha de Cronbach
UWES-17	Total	17	0.92
	Vigor	6	0.74
	Dedicación	5	0.89
	Absorción	6	0.75

4.3 Análisis de normalidad

Se procedió a ejecutar la prueba de Kolmogorov Smirnov, para determinar si los datos obtenidos de las variables continuas, procedían de una distribución normal. En todos los casos analizados (edad, experiencia laboral en años, experiencia laboral en años en el hospital actual, GHQ-28, *Overall Job Satisfaction Scale* y UWES-17) se apreció significación estadística con valores $p < 0.05$ con corrección de significación de Lilliefors. Esta prueba fue aplicada también por subescalas, y en el caso de GHQ-28, en función de los métodos de puntaje (Likert, binario y CGHQ). En el Anexo 3, pueden verse las tablas con los correspondientes datos entre los que se incluye la significación asintótica (bilateral) para cada variable. Como se puede observar, el mayor valor de significación estadística es de $p = 0.047$ en satisfacción intrínseca, estando aun así por debajo de 0.05. Por este motivo se rechaza la hipótesis nula (los datos se distribuyen normalmente) y se acepta la alternativa (la distribución de los datos no es normal). Por este motivo, a partir de este momento, los tipo de test escogidos para el resto del análisis han sido los no paramétricos.

4.4 Análisis correlacional

En este análisis se incluyeron todas las variables cuantitativas (edad, experiencia en años, años trabajados en el hospital) y todas las subescalas de las tres herramientas utilizadas (GHQ-28, *Overall Job Satisfaction Scale* y UWES-17). Dado que se ha analizado el cuestionario GHQ-28 usando las tres puntuaciones posibles, se ha procedido a hacer el análisis correlacional teniendo en cuenta el método de puntaje utilizado. Por lo tanto, se presentan tres matrices de correlaciones (Tablas 31, 32 y 33) con los valores de los coeficientes de correlación. En negrita se representan todos aquellos que mostraron algún tipo de correlación estadísticamente significativa ($p <$

0.05). A su vez, se representan sombreados en azul todos los coeficientes de correlación estadísticamente significativos que indicaban al menos correlaciones por encima de 0.3, tal y como se especificó en el apartado sobre análisis estadísticos dentro de la metodología. También se ha procedido a sombrear en verde aquellas correlaciones que se dan específicamente entre las subescalas de cada instrumento.

Respecto a las variables, edad, experiencia en años y experiencia en años trabajando en el mismo hospital, se muestra una correlación estadísticamente significativa (con $p < 0.01$) muy fuerte entre las mismas, independientemente del tipo de puntuación. Además en los casos en los que se utilizan los métodos binario y CGHQ, aparece una correlación positiva y estadísticamente significativa ($p < 0.01$ y $p < 0.05$), aunque débil ($p < 0.3$) entre dichas variables y las subescalas de *Overall Job Satisfaction* (Tablas 32 y 33). En estos dos análisis, también apareció una correlación negativa y estadísticamente significativa ($p < 0.01$ y $p < 0.05$) entre algunas de estas variables (edad y tiempo trabajado en total o en el presente hospital) y la subescala de síntomas somáticos al utilizar el sistema binario (Tabla 32) y de disfunción social al usar el sistema CGHQ (Tabla 33). En ambos casos, las correlaciones también son débiles, con valores de rho de Spearman que en ningún caso llegan a superar el valor de 0.2.

En los tres casos se muestran correlaciones negativas y estadísticamente significativas ($p < 0.01$, excepto en el caso de absorción con $p < 0.05$) entre las subescalas de GHQ-28 y el resto de subescalas de *Overall Job Satisfaction* y UWES-17. Como puede observarse, estas correlaciones son fuertes en todos los casos salvo en la correlaciones con la escala de absorción. No obstante, en función del método escogido para la puntuación del GHQ-28, en la Tabla 31 (método Likert), se puede observar que los valores del coeficiente de rho de Spearman son ligeramente más altos que los obtenidos con los otros dos métodos de puntuación (Tablas 32 y 33).

Dado que a la hora de valorar la fiabilidad de la escala GHQ-28, en función del método de puntaje utilizado, se ha observado que el que ofrece una mayor fiabilidad es el método Likert (Tabla 31) y que a la hora de analizar las correlaciones entre subescalas, con este método es con el que se obtiene una correlación más fuerte entre las subescalas de GHQ-28 y las del resto de instrumentos, se procede a profundizar en los resultados de dichas correlaciones, mediante un análisis más exhaustivo dentro de la matriz de correlaciones.

Tabla 31 Coeficientes de correlación (ρ de Spearman) entre edad, experiencia en años, experiencia en hospital actual GHQ28 (método Likert), Overall Job Satisfaction Scale y UWES17.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 Edad													
2 Experiencia en años	0.894**												
3 Años en hospital actual	0.796**	0.844**											
4 Síntomas somáticos	-0.024	-0.035	-0.053										
5 Ansiedad-insomnio	0.000	0.004	0.000	0.748**									
6 Disfunción social	-0.005	-0.028	-0.053	0.573**	0.609**								
7 Depresión	0.056	0.050	0.000	0.497**	0.604**	0.546**							
8 GHQ total	0.002	-0.006	-0.027	0.887**	0.924**	0.751**	0.699**						
9 Satisfacción general	0.118*	0.139**	0.119*	-0.438**	-0.461**	-0.443**	-0.418**	-0.518**					
10 Satisfacción intrínseca	0.104*	0.111*	0.087	-0.407**	-0.441**	-0.434**	-0.421**	-0.495**	0.968**				
11 Satisfacción extrínseca	0.128**	0.162**	0.147**	-0.442**	-0.451**	-0.425**	-0.381**	-0.508**	0.963**	0.868**			
12 Vigor	0.084	0.066	0.069	-0.388**	-0.323**	-0.358**	-0.335**	-0.409**	0.555**	0.567**	0.510**		
13 Dedicación	0.016	-0.026	-0.019	-0.392**	-0.347**	-0.377**	-0.386**	-0.432**	0.599**	0.621**	0.536**	0.777**	
14 Absorción	0.100*	0.088	0.079	-0.152**	-0.084	-0.164**	-0.117*	-0.153**	0.483**	0.488**	0.446**	0.697**	0.655**

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral) * La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral). En azul se han sombreado las correlaciones estadísticamente significativas que superan el valor de 0.3. En verde se han sombreado las correlaciones estadísticamente significativas y mayores de 0.3 que se dan entre las subescalas de cada instrumento

Tabla 32: Coeficientes de correlación (ρ de Spearman) entre edad, experiencia en años, experiencia en hospital actual GHQ28 (método binario), Overall Job Satisfaction Scale y UWES17.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 Edad													
2 Experiencia en años	0.894**												
3 Años en hospital actual	0.796**	0.844**											
4 Síntomas somáticos	-0.071	-0.095*	-0.096*										
5 Ansiedad-insomnio	-0.047	-0.032	-0.037	0.697**									
6 Disfunción social	-0.032	-0.050	-0.068	0.609**	0.701**								
7 Depresión	-0.016	-0.039	-0.086	0.467**	0.515**	0.528**							
8 GHQ total	-0.059	-0.068	-0.067	0.875**	0.905**	0.821**	0.585**						
9 Satisfacción general	0.118*	0.139**	0.119*	-0.418**	-0.428**	-0.410**	-0.392**	-0.488**					
10 Satisfacción intrínseca	0.104*	0.111*	0.087	-0.389**	-0.413**	-0.408**	-0.409**	-0.472**	0.968**				
11 Satisfacción extrínseca	0.128**	0.162**	0.147**	-0.419**	-0.416**	-0.383**	-0.342**	-0.472**	0.963**	0.868**			
12 Vigor	0.084	0.066	0.069	-0.345**	-0.301**	-0.332**	-0.310**	-0.388**	0.555**	0.567**	0.510**		
13 Dedicación	0.016	-0.026	-0.019	-0.352**	-0.330**	-0.367**	-0.317**	-0.411**	0.599**	0.621**	0.536**	0.777**	
14 Absorción	0.100*	0.088	0.079	-0.142**	-0.103*	-0.134**	-0.151**	-0.154**	0.483**	0.488**	0.446**	0.697**	0.655**

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral) * La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral). En azul se han sombreado las correlaciones estadísticamente significativas que superan el valor de 0.3. En verde se han sombreado las correlaciones estadísticamente significativas y mayores de 0.3 que se dan entre las subescalas de cada instrumento

Tabla 33: Coeficientes de correlación (rho de Spearman) entre edad, experiencia en años, experiencia en hospital actual GHQ28 (método CGHQ), Overall Job Satisfaction Scale y UWES17.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 Edad													
2 Experiencia en años	0.894**												
3 Años en hospital actual	0.796**	0.844**											
4 Síntomas somáticos	0.053	0.040	0.013										
5 Ansiedad-insomnio	0.057	0.055	0.059	0.648**									
6 Disfunción social	-0.101*	-0.114*	-0.122**	0.535**	0.531**								
7 Depresión	0.070	0.067	0.018	0.476**	0.583**	0.536**							
8 GHQ total	0.038	0.031	0.009	0.840**	0.872**	0.737**	0.752**						
9 Satisfacción general	0.118*	0.139**	0.119*	-0.413**	-0.421**	-0.424**	-0.410**	-0.499**					
10 Satisfacción intrínseca	0.104*	0.111*	0.087	-0.385**	-0.402**	-0.421**	-0.410**	-0.478**	0.968**				
11 Satisfacción extrínseca	0.128**	0.162**	0.147**	-0.417**	-0.412**	-0.396**	-0.378**	-0.485**	0.963**	0.868**			
12 Vigor	0.084	0.066	0.069	-0.357**	-0.291**	-0.349**	-0.325**	-0.403**	0.555**	0.567**	0.510**		
13 Dedicación	0.016	-0.026	-0.019	-0.361**	-0.297**	-0.385**	-0.381**	-0.429**	0.599**	0.621**	0.536**	0.777**	
14 Absorción	0.100*	0.088	0.079	-0.118*	-0.045	-0.159**	-0.110*	-0.135**	0.483**	0.488**	0.446**	0.697**	0.655**

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral) * La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral). En azul se han sombreado las correlaciones estadísticamente significativas que superan el valor de 0.3. En verde se han sombreado las correlaciones estadísticamente significativas y mayores de 0.3 que se dan entre las subescalas de cada instrumento

4.4.1. Correlaciones entre GHQ-28 y variables sociodemográficas.

A la hora de analizar las correlaciones existentes entre las variables sociodemográficas, se ha recurrido a las variables de edad y experiencia laboral tanto en años totales trabajados como enfermera, como en años totales trabajados como enfermera en el mismo hospital (el actual en el momento de cumplimentar la encuesta) (Tabla 34). Como era de esperar, se aprecia una fuerte correlación positiva y estadísticamente significativa entre la edad en años y la experiencia en años totales trabajados ($\rho = 0.894$) y años totales trabajados en el hospital actual ($\rho = 0.796$) y entre la experiencia total en años trabajados y la experiencia total en el hospital actual ($\rho = 0.844$). Esto último indica que a mayores años trabajados, mayor cantidad de tiempo trabajado en el hospital actual.

Tabla 34: Correlaciones (ρ de Spearman) entre la edad, los años de experiencia como enfermera, los años de experiencia como enfermera en el presente hospital y las subescalas de GHQ-28 utilizando el método Likert en su puntaje

	1	2	3	4	5	6	7
1 Edad							
2 Experiencia en años	0.894**						
3 Años en hospital actual	0.796**	0.844**					
4 Síntomas somáticos	-0.024	-0.035	-0.053				
5 Ansiedad-insomnio	0.000	0.004	0.000	0.748**			
6 Disfunción social	-0.005	-0.028	-0.053	0.573**	0.609**		
7 Depresión	0.056	0.050	0.000	0.497**	0.604**	0.546**	
8 GHQ total	0.002	-0.006	-0.027	0.887**	0.924**	0.751**	0.699**

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral). * La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral). En azul se han sombreado las correlaciones estadísticamente significativas que superan el valor de 0.3.

No obstante, al realizar un análisis de regresión cuadrático curvilíneo (Tabla 35; Figura 21) tomando como variable independiente la experiencia en años como enfermera y como variable dependiente, los años trabajados como enfermera en el mismo hospital (el actual al rellenar la encuesta), se puede observar una curva ligeramente cóncava. Es decir, personas con menos años de experiencia presentan una alta proporción de su tiempo total trabajado en el hospital actual, cosa que también ocurre con personas con mayor número de años totales trabajados. Sin embargo, la curva indica una disminución de la tendencia en su zona central, probablemente debido a una mayor variabilidad en los hospitales trabajados en aquellas enfermeras que se sitúan en posiciones más centrales en lo que a años de tiempo trabajado se refiere. Es decir, las enfermeras que señalan valores intermedios de años trabajados (entre las que más años de experiencia laboral tienen y las que no), parecen mostrar una menor estabilidad en lo que a centro de trabajo se refiere.

Tabla 35: Análisis de regresión cuadrático curvilíneo. Resumen de modelo y estimaciones de parámetro

Variable dependiente: Experiencia en años como enfermera en el hospital actual (Exp_Hosp_Actual)								
Ecuación	Resumen del modelo					Estimaciones de parámetro		
	R cuadrado	F	gl1	gl2	Sig.	Constante	b1	b2
Lineal	0.75	1323.24	1	439	0.00	-2.96	0.90	
Cuadrático	0.76	708.22	2	438	0.00	0.53	0.46	0.01

La variable independiente es experiencia en años como enfermera (Exp_Años)

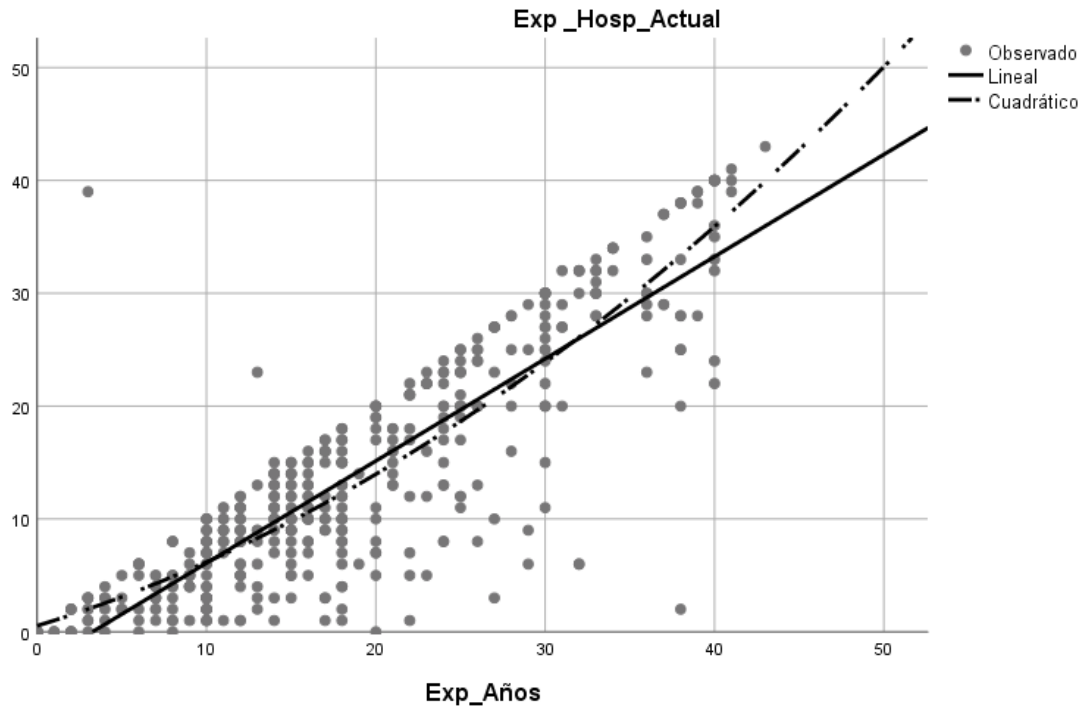


Figura 21: Análisis de regresión curvilínea mediante un modelo cuadrático. La experiencia en años como enfermera (Exp_Años) es la variable independiente y la experiencia en años como enfermera en el hospital actual (Exp_Hosp_Actual).

En relación a las posibles correlaciones entre las subescalas de GHQ-28 y las variables de edad, experiencia laboral total y en el hospital actual en años, no se aprecian correlaciones estadísticamente significativas (Tabla 34). Finalmente, en la Tabla 31, si que pueden apreciarse correlaciones positivas entre la edad y las subescalas de satisfacción laboral (a excepción del cruce de satisfacción intrínseca con la experiencia como enfermera en años en el hospital actual). No obstante, aunque son reseñables, no muestran una correlación fuerte ($\rho < 0.3$ en todos los casos).

4.4.2. Correlaciones entre GHQ-28 y Overall Job Satisfaction Scale

A la hora de analizar las correlaciones entre las subescalas de GHQ-28 (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión) y las de Overall Job satisfaction Scale (satisfacción general, satisfacción intrínseca y satisfacción extrínseca), se aprecian correlaciones estadísticamente significativas ($p < 0.01$) entre

todas las subescalas. Dichas correlaciones son negativas, por lo que a medida que aumenta una, disminuye la otra. Como puede observarse en la Tabla 36, los valores de los coeficientes de correlación, pueden considerarse elevados. La satisfacción general muestra unas correlaciones de $\rho = -0.438$ con síntomas somáticos; $\rho = -0.461$ con ansiedad-insomnio; $\rho = -0.443$ con disfunción social y $\rho = -0.418$ con depresión. En lo que a satisfacción intrínseca se refiere, los valores de las correlaciones obtenidas fueron de $\rho = -0.407$ con síntomas somáticos; $\rho = -0.441$ con ansiedad-insomnio; $\rho = -0.434$ con disfunción social; $\rho = -0.421$ con depresión. La satisfacción extrínseca también mostró correlación negativa con valores $\rho = -0.442$ con síntomas somáticos; $\rho = -0.451$ con ansiedad-insomnio; $\rho = -0.425$ con disfunción social y $\rho = -0.381$ con depresión. Finalmente, si se tiene en cuenta la puntuación total de GHQ-28, sin diferenciar en subescalas, también se obtienen correlaciones estadísticamente significativas ($p < 0.01$) y negativas respecto a la satisfacción general, intrínseca y extrínseca. De este modo se han obtenido los siguientes coeficientes de correlación: $\rho = -0.518$ entre GHQ-28 y satisfacción general; $\rho = -0.495$ entre GHQ-28 y satisfacción intrínseca y $\rho = -0.508$ entre GHQ-28 y satisfacción extrínseca.

Tabla 36: Correlaciones (rho de Spearman) entre las subescalas de GHQ-28 (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión) (método Likert) y de Overall Job Satisfaction Scale (Satisfacción intrínseca y satisfacción extrínseca).

	4	5	6	7	8	9	10
4 Síntomas somáticos							
5 Ansiedad-insomnio	0.748**						
6 Disfunción social	0.573**	0.609**					
7 Depresión	0.497**	0.604**	0.546**				
8 GHQ total	0.887**	0.924**	0.751**	0.699**			
9 Satisfacción general	-0.438**	-0.461**	-0.443**	-0.418**	-0.518**		
10 Satisfacción intrínseca	-0.407**	-0.441**	-0.434**	-0.421**	-0.495**	0.968**	
11 Satisfacción extrínseca	-0.442**	-0.451**	-0.425**	-0.381**	-0.508**	0.963**	0.868**

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral). * La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral). En azul se han sombreado las correlaciones estadísticamente significativas que superan el valor de 0.3.

4.4.3. Correlaciones entre GHQ-28 y UWES-17.

Teniendo en cuenta las subescalas de GHQ-28 y UWES 17, también se han encontrado correlaciones negativas y estadísticamente significativas ($p < 0.01$) (Tabla 37). De este modo se ve que el *work engagement* correlaciona negativamente con las variables de salud general analizadas. A la hora de analizar el vigor se obtuvieron correlaciones de $\rho = -0.388$ con síntomas somáticos; $\rho = -0.323$ con ansiedad – insomnio; $\rho = -0.358$ con disfunción social y $\rho = -0.335$ con depresión. En el caso de la dedicación, las correlaciones fueron de $\rho = -0.392$ con síntomas somáticos; $\rho = -0.347$ con ansiedad –

insomnio; $\rho = -0.377$ con disfunción social y $\rho = -0.386$ con depresión. En el caso de la absorción, aunque se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas (con todas las subescalas de GHQ-28 excepto la de ansiedad – insomnio), el valor de estas en ningún caso superó el valor $\rho = 0.2$, por lo que se trata de correlaciones débiles que no se han tenido en cuenta en el presente trabajo. Esto ocurre también al analizar la absorción en relación a la escala total de GHQ -28. No obstante, en el caso del vigor se obtiene una $\rho = -0.409$ y en el caso de la dedicación $\rho = -0.432$.

Tabla 37: Correlaciones (ρ de Spearman) entre las subescalas de GHQ-28 (síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión) (método Likert) y las de UWES-17 (vigor, dedicación y absorción).

	4	5	6	7	8	12	13
4 Síntomas somáticos							
5 Ansiedad-insomnio	0.748**						
6 Disfunción social	0.573**	0.609**					
7 Depresión	0.497**	0.604**	0.546**				
8 GHQ total	0.887**	0.924**	0.751**	0.699**			
12 Vigor	-0.388**	-0.323**	-0.358**	-0.335**	-0.409**		
13 Dedicación	-0.392**	-0.347**	-0.377**	-0.386**	-0.432**	0.777**	
14 Absorción	-0.152**	-0.084	-0.164**	-0.117*	-0.153**	0.697**	0.655**

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral). * La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral). En azul se han sombreado las correlaciones estadísticamente significativas que superan el valor de 0.3.

4.4.4. Correlaciones entre Overall Job Satisfaction Scale y UWES-17

Al contrario de lo observado hasta el momento en el análisis correlacional, al realizar el test rho de Spearman sobre las subescalas de satisfacción laboral y *work engagement*, se obtienen correlaciones positivas y estadísticamente significativas ($p = 0.01$) (Tabla 38). Por lo tanto cuanto más puntúa una variable más va a puntuar la otra y viceversa.

Tabla 38: Correlaciones (ρ de Spearman) entre las subescalas de Overall Job Satisfaction Scale (Satisfacción General, satisfacción intrínseca y satisfacción extrínseca) y las de UWES-17 (vigor, dedicación y absorción)

	9	10	11	12	13
9 Satisfacción general					
10 Satisfacción intrínseca	0.968**				
11 Satisfacción extrínseca	0.963**	0.868**			
12 Vigor	0.555**	0.567**	0.510**		
13 Dedicación	0.599**	0.621**	0.536**	0.777**	
14 Absorción	0.483**	0.488**	0.446**	0.697**	0.655**

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral). * La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral). En azul se han sombreado las correlaciones estadísticamente significativas que superan el valor de 0.3.

Los valores del coeficiente de correlación obtenidos para vigor, fueron de $\rho = 0.555$ con satisfacción general; $\rho = 0.567$ con satisfacción intrínseca y 0.510 con satisfacción extrínseca. La dedicación obtuvo valores de $\rho = 0.599$ con satisfacción general; $\rho =$

0.621 con satisfacción intrínseca y $\rho = 0.536$ con satisfacción extrínseca. Finalmente, los valores de rho de Spearman para absorción fueron de $\rho = 0.483$ con satisfacción general; $\rho = 0.488$ para satisfacción intrínseca y $\rho = 0.446$ con satisfacción extrínseca.

4.5. Análisis comparativo

A continuación se procede a desglosar los resultados obtenidos a través de los test no paramétricos de U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. En primer lugar se hizo un análisis de cada variable en función de las puntuaciones obtenidas para GHQ-28, *Overall Job Satisfaction Scale* y UWES-17. Posteriormente se procedió a un análisis *post hoc* entre las distintas opciones de cada variable (variables con K muestras independientes). Dicho análisis se realizó sobre los casos en los que aparecieron diferencias estadísticamente significativas. Para ello se recurrió a la realización de la prueba ANOVA de 1 factor de Kruskal-Wallis, utilizando la corrección de Bonferroni para ajustar los valores de la significación.

4.5.1. Análisis no paramétrico general

Los resultados obtenidos de este análisis indican que algunas de las variables de forma global muestran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en relación a puntuaciones en salud general, satisfacción laboral y *work engagement*. Se han utilizado los test U de Mann-Whitney para 2 muestras independientes y de Kruskal-Wallis para k muestras independientes.

4.5.1.1. Análisis de las variables en función de las puntuaciones para GHQ-28.

En lo relativo a las subescalas de GHQ-28, se aprecian algunas diferencias estadísticamente significativas en función de las variables analizadas. En primer lugar, al analizar la variable sexo (Tabla 39), se obtienen diferencias estadísticamente significativas en relación a la subescala de síntomas somáticos ($Z = -2.40$; $p = 0.02$).

Tabla 39: Estadísticos de U de Mann-Whitney. Variable sexo en función de las subescalas de GHQ-28.

	Síntomas somáticos	Ansiedad- insomnio	Disfunción social	Depresión	Total GHQ-28
Sexo					
U de Mann-Whitney	7028.00	8037.00	7531.00	7746.00	7397.50
W de Wilcoxon	8063.00	9072.00	8566.00	8781.00	8432.50
Z	-2.40	-1.15	-1.83	-1.66	-1.94
Significación asintótica (bilateral)	0.02	0.25	0.07	0.10	0.05

Se marcan en negrita los resultados que mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$)

Como puede verse tanto en la Tabla 39 como en el diagrama de cajas simple (Figura 22) y la Tabla 40, los mayores valores son los alcanzados por las mujeres enfermeras (mediana = 7.00, rango intercuartil [4.00, 11.00]).

Tabla 40: Medianas y rangos intercuartiles de la subescala de síntomas somáticos en relación al sexo.

Sexo	Síntomas somáticos	
	Mediana [P ₂₅ , P ₇₅]	
Femenino	7.00 [4.00, 11.00]*	
Masculino	6.00 [2.00, 8.00]*	

Los resultados estadísticamente significativos (prueba de U de Mann-Whitney) son indicados con *

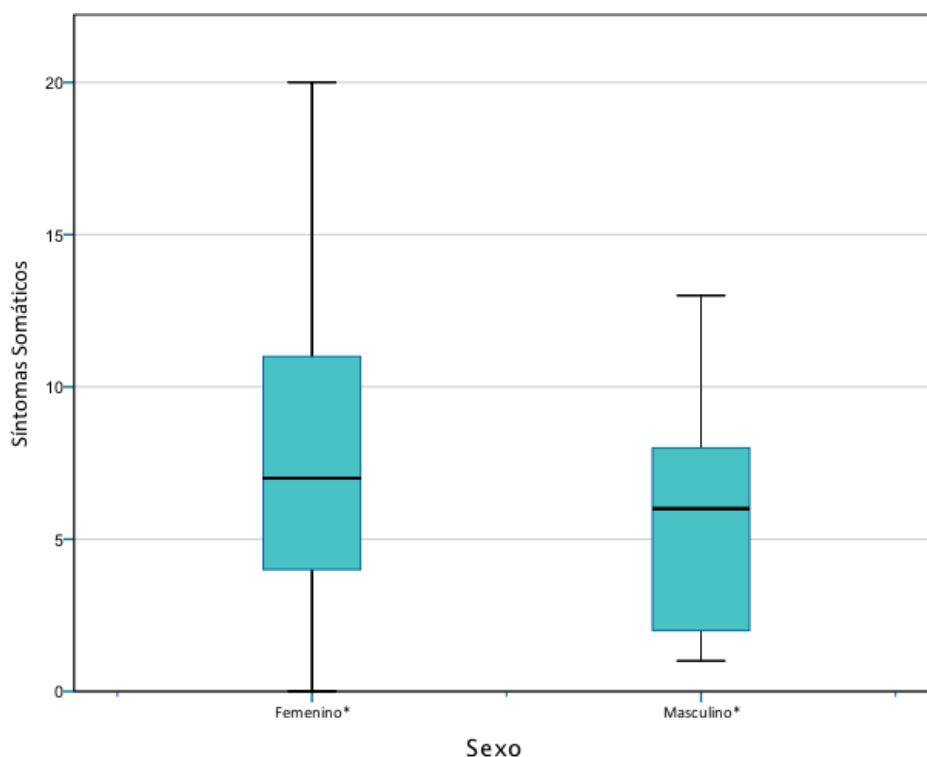


Figura 22: Diagrama de cajas simples. Puntuaciones en síntomas somáticos (medianas) en función del sexo. * $p < 0.05$

Respecto al resto de variables sociodemográficas y de características del puesto (Tabla 41), se observó que en tres de ellas aparecieron los siguientes resultados estadísticamente significativos: el tipo de hospital mostró diferencias estadísticamente significativas en relación a la subescala de ansiedad e insomnio ($H = 6.04$; $p = 0.049$). En cuanto a las características del puesto, aparecieron diferencias estadísticamente significativas en relación a síntomas somáticos ($H = 18.50$; $p = 0.02$), ansiedad e insomnio ($H = 23.16$; $p = 0.00$) y con la escala GHQ-28 tomada como una medición total ($H = 22.29$; $p = 0.00$). Finalmente, la variable salario mostró diferencias estadísticamente significativas en relación a síntomas somáticos ($H = 7.89$; $p = 0.048$) y el total de GHQ-28 ($H = 8.45$; $p = 0.04$).

Tabla 41: Estadísticos de Kruskal-Wallis de variables sociodemográficas (estado civil y número de hijos) y de características del puesto (tipo de hospital, contrato, jornada laboral, cargo, servicio, turno, características del puesto y salario) en función de las subescalas de GHQ-28.

	Síntomas somáticos	Ansiedad- insomnio	Disfunción social	Depresión	Total GHQ- 28
Estado Civil					
H de Kruskal-Wallis	3.40	3.81	1.19	1.27	1.98
gl	4	4	4	4	4
Sig. asintótica	0.49	0.43	0.88	0.87	0.74
Número de hijos					
H de Kruskal-Wallis	2.48	3.58	7.92	2.65	4.38
gl	4	4	4	4	4
Significación asintótica	0.65	0.47	0.09	0.62	0.36
Tipo de hospital					
H de Kruskal-Wallis	1.12	6.04	0.52	1.04	2.84
gl	2	2	2	2	2
Significación asintótica	0.57	0.049	0.77	0.59	0.24
Tipo de contrato					
H de Kruskal-Wallis	5.32	4.41	4.84	3.87	3.81
gl	5	5	5	5	5
Significación asintótica	0.38	0.49	0.43	0.57	0.58
Tipo de jornada laboral					
H de Kruskal-Wallis	0.90	1.57	0.57	1.90	0.64
gl	2	2	2	2	2
Significación asintótica	0.64	0.46	0.75	0.39	0.72
Cargo					
H de Kruskal-Wallis	7.22	2.17	5.99	2.82	2.20
gl	4	4	4	4	4
Significación asintótica	0.12	0.70	0.20	0.59	0.70
Tipo de servicio					
H de Kruskal-Wallis	11.08	6.58	5.55	9.65	6.98
gl	6	6	6	6	6
Significación asintótica	0.09	0.36	0.47	0.14	0.32
Modalidad de turno					
H de Kruskal-Wallis	6.66	4.35	10.47	6.28	5.60
gl	8	8	8	8	8
Significación asintótica	0.57	0.82	0.23	0.62	0.69
Características del puesto					
H de Kruskal-Wallis	18.50	23.16	13.82	14.61	22.29
gl	8	8	8	8	8
Significación asintótica	0.02	0.00	0.09	0.07	0.00
Salario					
H de Kruskal-Wallis	7.89	5.93	7.62	3.41	8.45
gl	3	3	3	3	3
Significación asintótica	0.048	0.11	0.05	0.33	0.04

Se marcan en negrita los resultados que mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$)

En cuanto a las variables relacionadas con la formación de las enfermeras, se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en relación a subescalas de GHQ-28 al analizar el hecho de poseer una especialidad o perfil acreditado y trabajar o no en dicho perfil. En este caso las diferencias fueron en relación a la subescala de síntomas somáticos ($Z = -2.80$; $p = 0.00$), ansiedad-insomnio ($Z = -2.79$; $p = 0.00$) y al total de GHQ-28 ($Z = -2.74$; $p = 0.01$) (Tabla 42). Sin embargo, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas por el hecho de tener la especialidad o el perfil, independientemente de estar trabajando en ese campo.

Tabla 42: Estadísticos de U de Mann-Whitney de variables dicotómicas relacionadas con la formación (especialidad/perfil y especialidad/perfil activos) en relación con las subescalas de GHQ-28.

	Síntomas somáticos	Ansiedad-insomnio	Disfunción social	Depresión	Total GHQ-28
Poseer especialidad/perfil					
U de Mann-Whitney	17301.00	17608.50	18633.50	18522.00	17837.00
W de Wilcoxon	23971.00	24278.50	25303.50	25192.00	24507.00
Z	-1.37	-1.11	-.25	-.37	-.91
Significación asintótica(bilateral)	0.17	0.27	0.80	0.71	0.36
Especialidad/perfil activo					
U de Mann-Whitney	1116.00	1118.00	1543.00	1400.50	1126.00
W de Wilcoxon	3394.00	3396.00	3821.00	3678.50	3404.00
Z	-2.80	-2.79	-0.39	-1.30	-2.74
Significación asintótica(bilateral)	0.00	0.00	0.70	0.19	0.01

Se marcan en negrita los resultados que mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$)

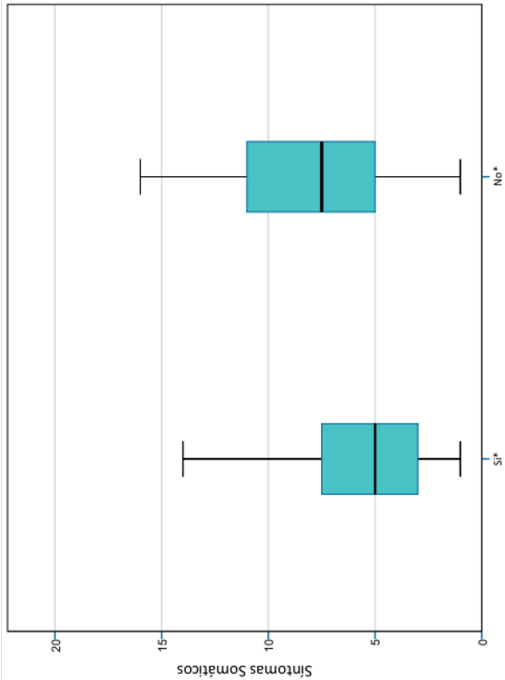
En la Tabla 43 se puede observar que las personas que poseen una especialidad o perfil activo, pero que no se encuentran trabajando en el mismo, alcanzan mayores puntuaciones en las subescalas de síntomas somáticos, ansiedad-insomnio y al total de GHQ-28 (teniendo en cuenta que fue en estas subescalas donde se alcanzaron resultados estadísticamente significativos ($p < 0.05$)). Es reseñable la elevada puntuación alcanzada en el total de GHQ-28 (mediana = 26.00, rango intercuartil [19.00, 31.50]). Se observa claramente esta tendencia en los diagramas de cajas simples que se exponen en las Figuras 23, 24 y 25.

Tabla 43: Medianas y rangos intercuartiles de las puntuaciones estadísticamente significativas en GHQ-28 en función de estar activo en la especialidad o perfil.

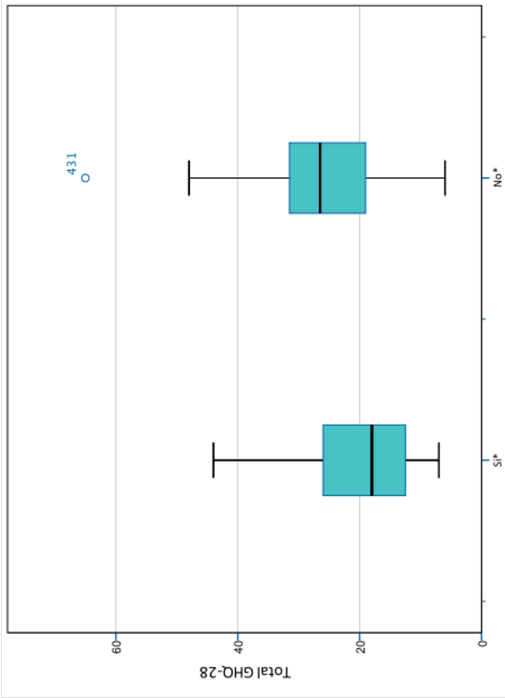
	Síntomas somáticos	Ansiedad-insomnio	GHQ-28
	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]
Especialidad/perfil activo			
Si	5.00 [3.00, 5.00]*	6.00 [2.00, 8.00]*	18.00 [12.00, 26.00]*
No	7.50 [5.00, 11.00]*	8.00 [5.00, 11.00]*	26.00 [19.00, 31.50]*

Los resultados estadísticamente significativos según la prueba de U de Mann-Whitney son indicados con *

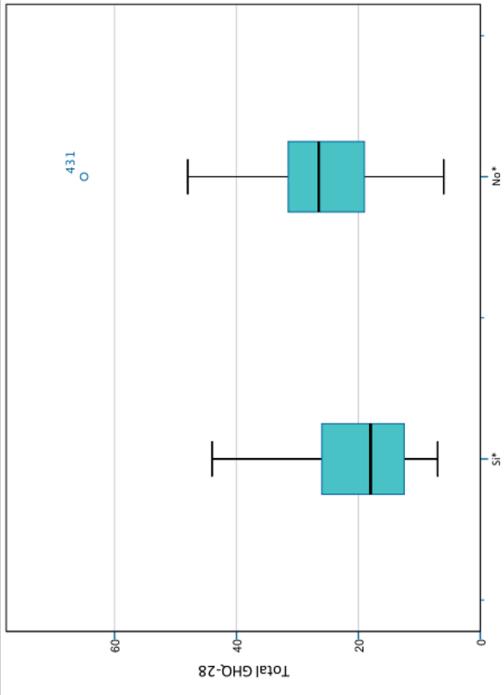
Las otras variables relacionadas con la formación enfermera fueron el tipo de cursos de formación continuada realizados en el último año (2017) y el número de titulaciones de nivel equivalente o superior al Grado o Diplomatura en Enfermería (Tabla 44). En estos casos, solo se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de cursos de formación continuada y la subescala de depresión ($H = 9.320$; $p = 0.02$).



Con especialidad o perfil acreditado y en situación activa en puesto relacionado
Figura 23: Diagrama de cajas simple en el que se observan las puntuaciones de síntomas somáticos en función de tener una especialidad o perfil activos.



Con especialidad o perfil acreditado y en situación activa en puesto relacionado
Figura 24: Diagrama de cajas simple en el que se observan las puntuaciones de ansiedad insomnio en función de tener una especialidad o perfil activos.



Con especialidad o perfil acreditado y en situación activa en puesto relacionado
Figura 25: Diagrama de cajas simple en el que se observan las puntuaciones de GHQ-28 en función de tener una especialidad o perfil activos.

Tabla 44: Estadísticos de Kruskal-Wallis para las variables relacionadas con la formación (cursos de formación continuada en el último año y número de titulaciones superiores a parte de las de Enfermería) en relación con las subescalas de GHQ-28.

	Síntomas somáticos	Ansiedad- insomnio	Disfunción social	Depresión	Total GHQ-28
Cursos de formación continuada					
H de Kruskal-Wallis	6.36	3.07	7.37	9.32	5.86
gl	3	3	3	3	3
Significación asintótica	0.09	0.38	0.06	0.02	0.12
Número de titulaciones superiores					
H de Kruskal-Wallis	3.87	5.71	2.00	1.79	3.61
gl	3	3	3	3	3
Significación asintótica	0.28	0.13	0.57	0.62	0.31

Se marcan en negrita los resultados que mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$)

4.5.1.2. Análisis de las variables en función de las puntuaciones para *Overall Job Satisfaction Scale*.

En lo que al análisis de las variables en relación a las subescalas de *Overall Job Satisfaction Scale* se refiere, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas para la variable sexo, en función de la satisfacción laboral (Tabla 45).

Tabla 45: Estadísticos de U de Mann-Whitney para la variable sexo en relación con las subescalas de *Overall Job Satisfaction*

	Satisfacción General	Satisfacción intrínseca	Satisfacción extrínseca
Sexo			
U de Mann-Whitney	7762.00	7908.50	7560.00
W de Wilcoxon	87562.00	87708.50	87360.00
Z	-1.49	-1.31	-1.74
Significación asintótica(bilateral)	0.14	0.19	0.08

Respecto al resto de variables sociodemográficas y de características del puesto, se apreciaron resultados significativos en las siguientes: tipo de contrato, de cargo, de servicio, de turno, características del puesto y salario (Tabla 46). Para el tipo de contrato, se detectaron diferencias estadísticamente significativas en relación a satisfacción general ($H = 17.23$; $p = 0.00$) y satisfacción extrínseca ($H = 25.42$; $p = 0.00$). El resto de variables señaladas mostraron diferencias estadísticamente significativas con las tres subescalas de *Overall Job Satisfaction Scale*. En cuanto al cargo desempeñado, los resultados fueron $H = 58.42$; $p = 0.00$ para satisfacción general, $H = 46.15$; $p = 0.00$ respecto a satisfacción intrínseca, y $H = 64.46$; $p = 0.00$ respecto a satisfacción extrínseca. En relación al tipo de servicio, los resultados significativos fueron $H = 49.11$; $p = 0.00$ (satisfacción general), $H = 37.69$; $p = 0.00$ (satisfacción intrínseca) y $H = 55.48$; $p = 0.00$ (satisfacción extrínseca). Para la modalidad de turno se obtuvieron $H = 60.306$; $p = 0.000$ (satisfacción general), $H = 45.52$; $p = 0.00$ (satisfacción intrínseca) y $H = 72.31$; $p = 0.00$ (satisfacción extrínseca). Respecto a las características del puesto, los

resultados fueron $H = 38.62$; $p=0.00$ (satisfacción general), $H = 29.25$, $p = 0.00$ (satisfacción intrínseca) y $H = 44.67$; $p = 0.00$ (satisfacción extrínseca). Finalmente, en cuanto al salario, los resultados alcanzaron $H = 19.37$; $p = 0.00$ (satisfacción general), $H = 14.71$; $p = 0.00$ (satisfacción intrínseca) y $H = 22.33$; $p = 0.00$ (satisfacción extrínseca).

Tabla 46: Estadísticos de Kruskal-Wallis de variables sociodemográficas (estado civil y número de hijos) y de características del puesto (tipo de hospital, contrato, jornada laboral, cargo, servicio, turno, características del puesto y salario) en función de las subescalas de Overall Job Satisfaction Scale.

		Satisfacción General	Satisfacción intrínseca	Satisfacción extrínseca
Estado Civil				
	H de Kruskal-Wallis	1.45	1.76	2.43
	gl	4	4	4
	Significación asintótica	0.84	0.78	0.66
Número de hijos				
	H de Kruskal-Wallis	8.86	8.47	9.30
	gl	4	4	4
	Significación asintótica	0.06	0.08	0.05
Tipo de hospital				
	H de Kruskal-Wallis	1.59	0.75	2.62
	gl	2	2	2
	Significación asintótica	0.45	0.69	0.27
Tipo de contrato				
	H de Kruskal-Wallis	17.23	10.04	25.42
	gl	5	5	5
	Significación asintótica	0.00	0.07	0.00
Tipo de jornada laboral				
	H de Kruskal-Wallis	4.63	4.92	4.16
	gl	2	2	2
	Significación asintótica	0.10	0.09	0.12
Cargo desempeñado				
	H de Kruskal-Wallis	58.42	46.15	64.46
	gl	4	4	4
	Significación asintótica	0.00	0.00	0.00
Tipo de servicio				
	H de Kruskal-Wallis	49.11	37.69	55.48
	gl	6	6	6
	Significación asintótica	0.00	0.00	0.00
Modalidad de turno				
	H de Kruskal-Wallis	60.31	45.52	72.31
	gl	8	8	8
	Significación asintótica	0.00	0.00	0.00
Características- puesto				
	H de Kruskal-Wallis	38.62	29.25	44.67
	gl	8	8	8
	Significación asintótica	0.00	0.00	0.00
Salario				
	H de Kruskal-Wallis	19.37	14.71	22.33
	gl	3	3	3
	Significación asintótica	0.00	0.00	0.00

Se marcan en negrita los resultados que mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$)

Al analizar las variables relativas a la formación de las enfermeras, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la satisfacción intrínseca ($Z = -2.13$; $p = 0.03$) entre el grupo de enfermeras que poseían una especialidad o perfil acreditados (en función de que se encontrasen trabajando en ese ámbito o no) (Tabla 47). Tanto en la Tabla 48 como en la Figura 26 se observa que los menos satisfechos

son los que poseen la especialidad/perfil pero no trabajan en ello (mediana = 25.00; rango intercuartil [19.50, 33.50]).

Tabla 47: Estadísticos de U de Mann-Whitney de variables dicotómicas relacionadas con la formación (especialidad/ perfil y especialidad/ perfil activos) en relación con las subescalas de Overall Job Satisfaction Scale.

	Satisfacción General	Satisfacción intrínseca	Satisfacción extrínseca
Poseer especialidad/perfil			
U de Mann-Whitney	17479.00	17341.50	17792.00
W de Wilcoxon	24149.00	24011.50	24462.00
Z	-1.21	-1.33	-0.95
Significación asintótica (bilateral)	0.22	0.18	0.34
Especialidad/perfil activo			
U de Mann-Whitney	1299.00	1233.50	1391.00
W de Wilcoxon	2475.00	2409.50	2567.00
Z	-1.75	-2.13	-1.23
Significación asintótica (bilateral)	0.08	0.03	0.22

Se marcan en negrita los resultados que mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$)

Tabla 48: Medianas y rangos intercuartiles de las puntuaciones estadísticamente significativas en Overall Job Satisfaction Scale en función de estar activo en la especialidad o perfil.

	Satisfacción general	Satisfacción intrínseca	Satisfacción extrínseca
	Mediana [P ₂₅ , P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ , P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ , P ₇₅]
Especialidad/perfil activo			
Sí	61.00 [51.00, 80.00]	29.00 [24.00, 38.00]*	31.00 [27.00, 42.00]
No	55.00 [45.50, 69.00]	25.00 [19.50, 33.50]*	31.00 [26.00, 36.50]

Los resultados estadísticamente significativos según la prueba de U de Mann-Whitney son indicados con *

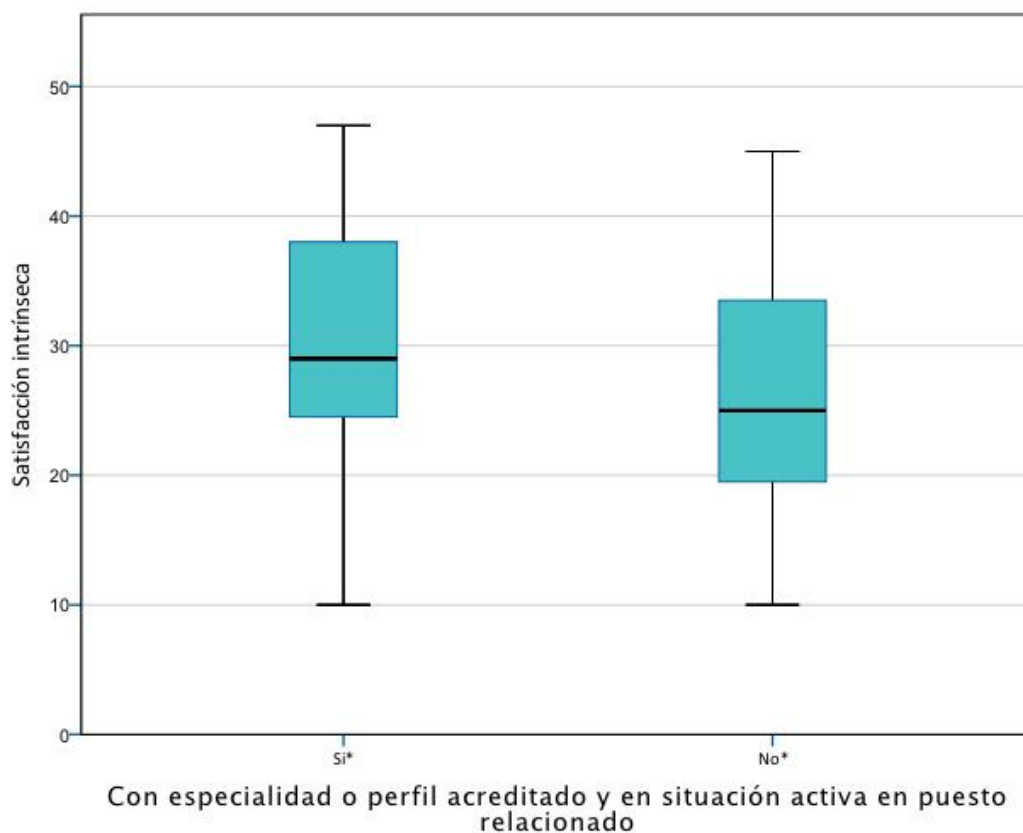


Figura 26: Diagrama de cajas simple en el que se observan las puntuaciones de satisfacción intrínseca en función de tener una especialidad o perfil activos

En lo relativo a la tipología de cursos de formación continuada y de número de titulaciones equivalente o superiores en nivel a su titulación de Grado o Diplomatura en Enfermería, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las subescalas de *Overall Job Satisfaction* (Tabla 49).

Tabla 49: Estadísticos de Kruskal-Wallis para las variables relacionadas con la formación (cursos de formación continuada en el último año y número de titulaciones superiores (a parte de las de Enfermería) en relación con las subescalas de *Overall Job Satisfaction*.

	Satisfacción General	Satisfacción intrínseca	Satisfacción extrínseca
Cursos de formación continuada			
H de Kruskal-Wallis	6.119	4.874	7.421
gl	3	3	3
Significación asintótica	0.106	0.181	0.060
Número de titulaciones superiores			
H de Kruskal-Wallis	1.065	0.991	1.557
gl	3	3	3
Significación asintótica	0.786	0.803	0.669

4.5.1.3. Análisis de las variables en función de las puntuaciones para UWES-17.

A la hora de analizar las variables en función de la puntuación para *work engagement*, no se han observado diferencias estadísticamente significativas respecto a las variables sexo (Tabla 50), estado civil, número de hijos, tipo de hospital y tipo de contrato, las características del puesto y el salario (Tabla 51). Sin embargo, sí que aparecen diferencias estadísticamente significativas en lo relativo al tipo de jornada laboral ($H = 9.02$; $p = 0.01$ para vigor y $H = 8.82$; $p = 0.01$ para dedicación); cargo desempeñado ($H = 12.98$; $p = 0.01$ para vigor, $H = 10.28$; $p = 0.04$ para dedicación y $H = 22.61$; $p = 0.00$ para absorción); tipo de servicio ($H = 14.38$; $p = 0.03$ para vigor y $H = 18.42$; $p = 0.00$ para absorción) y la modalidad de turno con $H=17.85$ y $p=0.02$ para vigor y $H=22.89$ y $p=0.00$ para absorción.

En lo relativo a la formación (Tablas 52 y 53), la única variable que mostró diferencias estadísticamente significativas, fue, como puede observarse en la Tabla 52, el poseer especialidad o perfil acreditado y encontrarse trabajando en ese ámbito ($Z = -2.493$; $p = 0.013$) en relación a la subescala dedicación (Tabla 52).

Tabla 50: Estadísticos de U de Mann-Whitney para la variable sexo en relación con las subescalas de UWES-17.

	Vigor	Dedicación	Absorción
Sexo			
U de Mann-Whitney	8337.50	8716.00	8167.00
W de Wilcoxon	9372.50	88516.00	9202.00
Z	-0.79	-0.32	-0.99
Significación asintótica (bilateral)	0.43	0.75	0.32

Tabla 51: Estadísticos de Kruskal-Wallis de variables sociodemográficas (estado civil y número de hijos) y de características del puesto (tipo de hospital, contrato, jornada laboral, cargo, servicio, turno, características del puesto y salario) en función de las subescalas de UWES-17.

		Vigor	Dedicación	Absorción
Estado Civil	H de Kruskal-Wallis	0.59	2.97	1.92
	gl	4	4	4
	Significación asintótica	0.96	0.56	0.75
Número de hijos	H de Kruskal-Wallis	1.40	4.74	6.38
	gl	4	4	4
	Significación asintótica	0.84	0.31	0.17
Tipo de hospital	H de Kruskal-Wallis	0.44	0.32	3.07
	gl	2	2	2
	Significación asintótica	0.80	0.85	0.21
Tipo de contrato	H de Kruskal-Wallis	9.99	7.44	8.14
	gl	5	5	5
	Significación asintótica	0.08	0.19	0.15
Tipo de jornada laboral	H de Kruskal-Wallis	9.02	8.82	3.99
	gl	2	2	2
	Significación asintótica	0.01	0.01	0.14
Cargo desempeñado	H de Kruskal-Wallis	12.98	10.28	22.61
	gl	4	4	4
	Significación asintótica	0.01	0.04	0.00
Tipo de servicio	H de Kruskal-Wallis	14.37	8.07	18.42
	gl	6	6	6
	Significación asintótica	0.03	0.23	0.00
Modalidad de turno	H de Kruskal-Wallis	17.85	13.92	22.89
	gl	8	8	8
	Significación asintótica	0.02	0.08	0.00
Características- puesto	H de Kruskal-Wallis	5.46	7.61	5.16
	gl	8	8	8
	Significación asintótica	0.71	0.47	0.74
Salario	H de Kruskal-Wallis	3.60	5.40	6.18
	gl	3	3	3
	Significación asintótica	0.31	0.14	0.10

Se marcan en negrita los resultados que mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$)

Tabla 52: Estadísticos de U de Mann-Whitney de variables dicotómicas relacionadas con la formación (especialidad/ perfil y especialidad/ perfil activos) en relación con las subescalas de UWES-17.

		Vigor	Dedicación	Absorción
Poseer especialidad/perfil	U de Mann-Whitney	18910.00	17920.00	18630.00
	W de Wilcoxon	25580.00	72205.00	25300.00
	Z	-0.01	-0.85	-0.24
	Significación asintótica(bilateral)	0.99	0.40	0.81
Especialidad/perfil activo	U de Mann-Whitney	1412.00	1171.50	1455.50
	W de Wilcoxon	2588.00	2347.50	2631.50
	Z	-1.11	-2.49	-.87
	Significación asintótica (bilateral)	0.26	0.01	0.39

Se marcan en negrita los resultados que mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$)

Tabla 53: Estadísticos de Kruskal-Wallis para las variables relacionadas con la formación (cursos de formación continuada en el último año y número de titulaciones superiores a parte de las de Enfermería) en relación con las subescalas de UWES-17.

	Vigor	Dedicación	Absorción
Cursos de formación continuada			
H de Kruskal-Wallis	2.831	2.948	6.831
gl	3	3	3
Significación asintótica	0.418	0.400	0.077
Número de titulaciones superiores			
H de Kruskal-Wallis	2.013	1.444	0.393
gl	3	3	3
Significación asintótica	0.570	0.695	0.942

Al valorar la dedicación determinada por la especialidad/perfil y trabajar en ello, las personas que no se encuentran trabajando en un puesto relacionado, muestran niveles más bajos (Tabla 54, Figura 27).

Tabla 54: Medianas y rangos intercuartiles de las puntuaciones estadísticamente significativas en UWES-17 en función de estar activo en la especialidad o perfil

	Vigor	Dedicación	Absorción
	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]
Especialidad/perfil activo			
Sí	5.17 [4.50, 5.67]	5.60 [4.80, 5.80]*	4.83 [4.17, 5.33]
No	4.83 [4.17, 5.50]	4.80 [3.70, 5.80]*	4.83 [3.83, 5.42]

Los resultados estadísticamente significativos según la prueba de U de Mann-Whitney son indicados con *

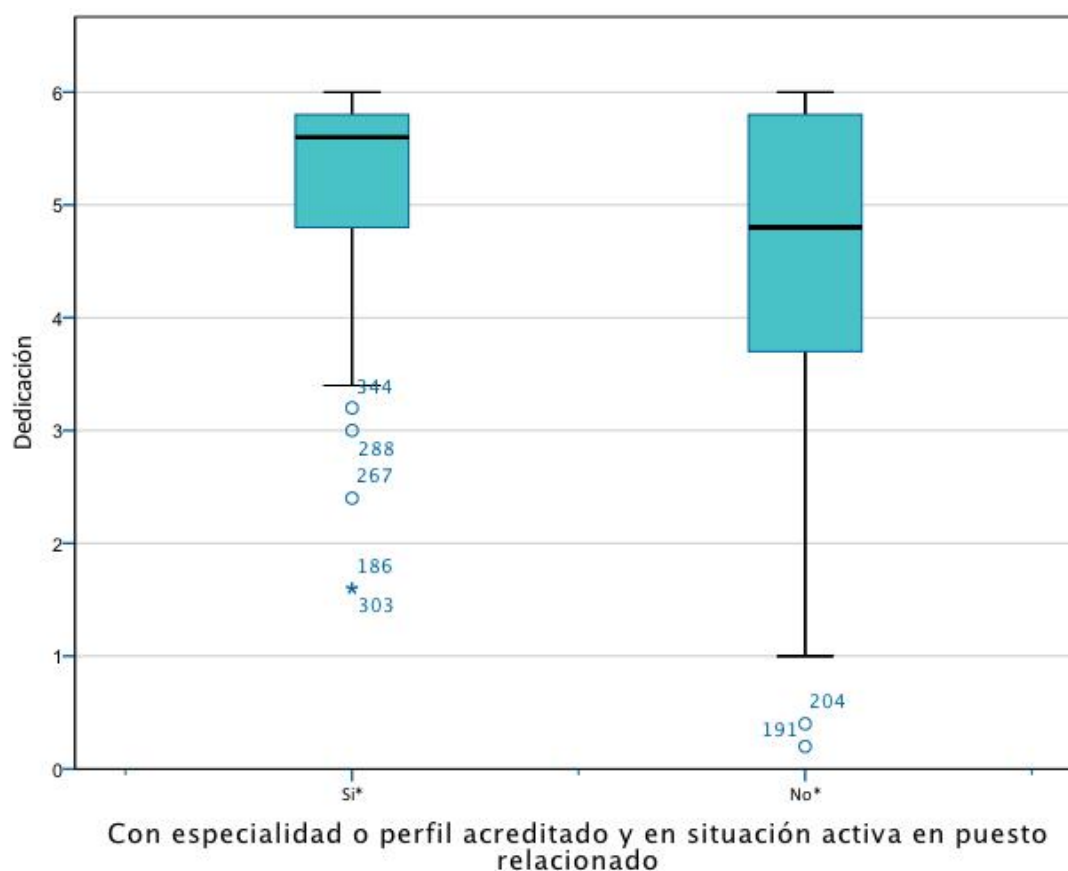


Figura 27: Diagrama de cajas simple en el que se observan las puntuaciones en dedicación en función de tener una especialidad o perfil activos

4.5.2. Análisis *post hoc*

Tras haber realizado el análisis y la comparación entre grupos de aquellas variables con dos muestras independientes, como el sexo (masculino, femenino), el poseer una especialidad/perfil (sí, no) o el poseer esta condición y además trabajar en ello (sí, no), procede un análisis del resto de variables (aquellas con más de dos muestras independientes). Las variables con k muestras independientes fueron sometidas a un análisis *post hoc* a través de la realización de ANOVA de 1 factor de Kruskal-Wallis, utilizando la corrección de Bonferroni para ajustar los valores de la significación. A continuación se destacan las diferencias estadísticamente significativas entre los grupos que componen cada una de las variables. Solamente se incluyeron en el análisis, aquellas variables que mostraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis más general descrito en el apartado 4.4.1).

4.5.2.1. Análisis *post hoc* de las variables en función de las puntuaciones para GHQ-28.

Se sometió a análisis *post hoc* a cada una de las variables que habían ofrecido diferencias estadísticamente significativas respecto a GHQ-28. En este caso, se partió de la siguiente hipótesis nula para cada variable: La distribución de las puntuaciones para las subescalas de GHQ-28 (y el total de la escala), entre las categorías de la variable es la misma. En el resumen de las pruebas de hipótesis llevadas a cabo (Tabla 55), pueden observarse casos en los que si aparecen diferencias estadísticamente significativas entre las categorías, que llevan a rechazar la hipótesis nula. En este análisis, aparecieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre categorías de las variables tipo de hospital, características del puesto, salario y cursos de formación continuada realizados en el último año y las subescalas de GHQ-28. Concretamente se rechazó la hipótesis nula en el caso de: tipo de hospital respecto a ansiedad-insomnio ($p = 0.049$); características del puesto respecto a síntomas somáticos ($p = 0.02$), ansiedad-insomnio ($p = 0.00$) y total en GHQ-28 ($p = 0.00$); salario respecto a síntomas somáticos ($p = 0.048$) y total en GHQ-28 ($p = 0.04$); cursos de formación continuada respecto a depresión ($p = 0.02$). Por lo tanto, en estos casos deberían aparecer diferencias estadísticamente significativas entre las distintas categorías que encierra cada variable. Una vez realizado este paso, al centrarse en el análisis por parejas de categorías de las variables, se obtienen los siguientes resultados:

Tabla 55: Resumen de pruebas de hipótesis para las variables de tipo de hospital, características del puesto, salario y cursos de formación continuada en relación a sus puntuaciones para GHQ-28.

Hipótesis nula	Categorías de Tipo de hospital			Categorías de características del puesto			Categorías de salario			Categorías de cursos de formación continuada		
	Significación	Decisión	Significación	Decisión	Significación	Decisión	Significación	Decisión	Significación	Significación	Decisión	Decisión
Misma distribución en síntomas somáticos entre las categorías	0.57	Aceptar	0.02	Rechazar	0.048	Rechazar	0.09	Aceptar				
		hipótesis		hipótesis		hipótesis		hipótesis				hipótesis
		nula		nula		nula		nula				nula
Misma distribución en ansiedad-insomnio entre las categorías	0.049	Rechazar	0.00	Rechazar	0.12	Aceptar	0.38	Aceptar				
		hipótesis		hipótesis		hipótesis		hipótesis				hipótesis
		nula		nula		nula		nula				nula
Misma distribución en disfunción social entre las categorías	0.77	Aceptar	0.09	Aceptar	0.06	Aceptar	0.06	Aceptar				
		hipótesis		hipótesis		hipótesis		hipótesis				hipótesis
		nula		nula		nula		nula				nula
Misma distribución en depresión entre las categorías	0.59	Aceptar	0.07	Aceptar	0.33	Aceptar	0.02	Rechazar				
		hipótesis		hipótesis		hipótesis		hipótesis				hipótesis
		nula		nula		nula		nula				nula
Misma distribución en GHQ-28 (total) entre las categorías	0.24	Aceptar	0.00	Rechazar	0.04	Rechazar	0.12	Aceptar				
		hipótesis		hipótesis		hipótesis		hipótesis				hipótesis
		nula		nula		nula		nula				nula

Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes. Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de 0.05.

Respecto a la variable tipo de hospital (Tabla 56), solo aparecen diferencias estadísticamente significativas (ajustado mediante corrección de Bonferroni), al comparar entre enfermeras trabajando en hospital de referencia y en hospital de área ($p = 0.046$), en función de sus puntuaciones para ansiedad e insomnio.

Tabla 56: Comparación por parejas entre las categorías de la variable tipo de hospital, en función de sus puntuaciones para la subescala de ansiedad-insomnio.

Tipo de Hospital Muestra 1 – Muestra 2	Estadístico de contraste	Error	Desv. estadístico de contraste	Sig	Sig ajustada
Referencia – No sabe	-4.89	36.90	-0.13	0.89	1.00
Referencia – Área	30.88	12.73	0.02	0.02	0.046
Área – No sabe	25.99	36.35	0.48	0.44	1.00

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

En este caso, al observar el diagrama de cajas de la distribución de las puntuaciones en la subescala de ansiedad e insomnio para estas tres categorías (Figura 28), se aprecia que la categoría hospital de área, obtiene mayores puntuaciones para esta subescala.

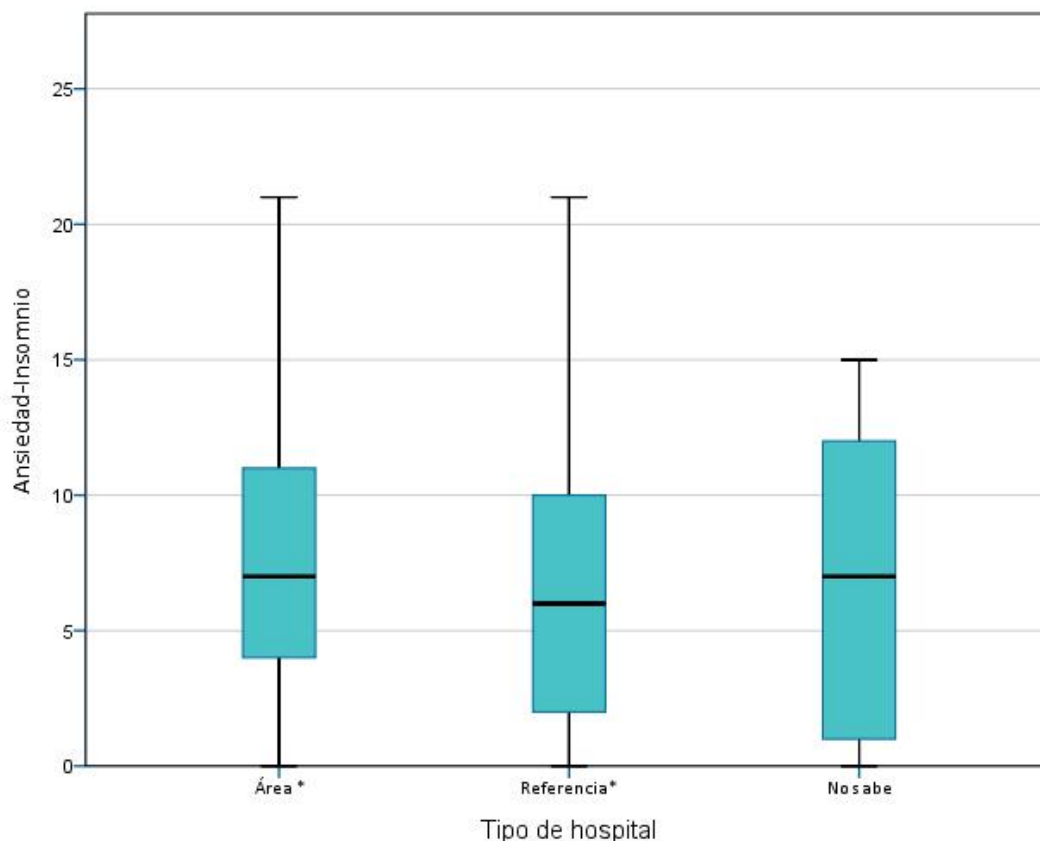


Figura 28: Diagrama de cajas simple para las puntuaciones en ansiedad-insomnio, en función del tipo de hospital en el que se trabaja. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

A la hora de comparar entre las medianas y los rangos intercuartílicos (Tabla 57), se ve claramente como las enfermeras que trabajan en hospitales de área, obtuvieron una puntuación mayor (mediana = 7.00, rango intercuartil [4.00, 11.00]) que las enfermeras

que señalaron trabajar en hospitales de referencia (mediana 6.00, rango intercuartil [2.00, 10.00]).

Tabla 57: Resultados para GHQ-28 y subescalas, relacionados con trabajar en un hospital de área o de referencia.

	Síntomas somáticos	Ansiedad-insomnio	Disfunción social	Depresión	GHQ-28
	Mediana [P ₂₅ , P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ , P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ , P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ , P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ , P ₇₅]
Tipo de hospital					
Área	7.00 [4.00, 11.00]	7.00 [4.00, 11.00]*	7.00 [7.00, 9.00]	0.00 [0.00, 2.00]	23.00 [14.00, 32.00]
Referencia	6.00 [4.00, 10.00]	6.00 [2.00, 10.00]*	7.00 [7.00, 9.00]	0.00 [0.00, 2.00]	20.00 [14.00, 29.00]

Los resultados estadísticamente significativos de acuerdo a la prueba de ANOVA de un factor de Kruskal-Wallis son indicados con *.

En el caso de la comparación entre las categorías relacionadas con las características del puesto, tal y como se observa en la Tabla 55, dichas diferencias se daban en las subescalas de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, y para la puntuación total de GHQ-28. No obstante, a la hora de comparar entre parejas de categorías y tras realizar el ajuste a través de la corrección de Bonferroni, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas, por lo que no se ha procedido a realizar una comparación entre sus medianas. Esta situación se repite con la variable salario y la variable cursos de formación continuada, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre las parejas de categorías en relación a las subescalas de GHQ-28.

4.5.2.2. Análisis *post hoc* de las variables en función de las puntuaciones para *Overall Job Satisfaction Scale*.

Como anteriormente, sólo se ha sometido a este análisis a aquellas variables que habían mostrado diferencias estadísticamente significativas en relación a las subescalas de *Overall Job Satisfaction Scale*. Se partió de la siguiente hipótesis nula para cada variable: la distribución de las puntuaciones para las subescalas de *Overall Job Satisfaction Scale*, entre las categorías de la variable es la misma. En la Tabla 58 puede observarse el resumen de pruebas de hipótesis, mostrándose solamente aquellas variables en las que se produjo el rechazo de la hipótesis nula. Los rechazos producidos fueron: tipo de contrato respecto a satisfacción general ($p = 0.00$) y satisfacción extrínseca ($p = 0.00$); cargo respecto a satisfacción general ($p = 0.00$), satisfacción intrínseca ($p = 0.00$) y satisfacción extrínseca ($p = 0.00$); tipo de servicio respecto a satisfacción general ($p = 0.00$), satisfacción intrínseca ($p = 0.00$) y satisfacción extrínseca ($p = 0.00$); modalidad de turno respecto a satisfacción general ($p = 0.00$), satisfacción intrínseca ($p = 0.00$) y satisfacción extrínseca ($p = 0.00$); características del puesto respecto a satisfacción general ($p = 0.00$), satisfacción intrínseca ($p = 0.00$) y satisfacción extrínseca ($p = 0.00$); salario respecto a satisfacción general ($p = 0.00$);

satisfacción intrínseca ($p = 0.002$) y satisfacción extrínseca ($p = 0.00$). En definitiva, deberían aparecer diferencias estadísticamente significativas entre las categorías de estas variables en relación a sus puntuaciones para satisfacción general, intrínseca y extrínseca. Una vez obtenidos estos resultados, se procedió a realizar el análisis por parejas en función de las hipótesis nulas rechazadas. De este modo, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de contrato. Las diferencias estadísticamente significativas en satisfacción general se dieron entre las enfermeras en situación de interinidad y las enfermeras con plaza en propiedad con una significación estadística ajustada de $p = 0.01$ (Tabla 59).

Como puede observarse en el diagrama de cajas (Figura 29), son las enfermeras con plaza en propiedad las que obtienen mayor puntuación en satisfacción general, frente a las enfermeras interinas. Al comparar entre las medianas (Tabla 60), también se observa que la plaza en propiedad obtiene una mediana mayor que las enfermeras interinas (mediana = 65.00; rango intercuartil [52.00, 80.00] y mediana = 58.00; rango intercuartil [47.00, 68.00] respectivamente).

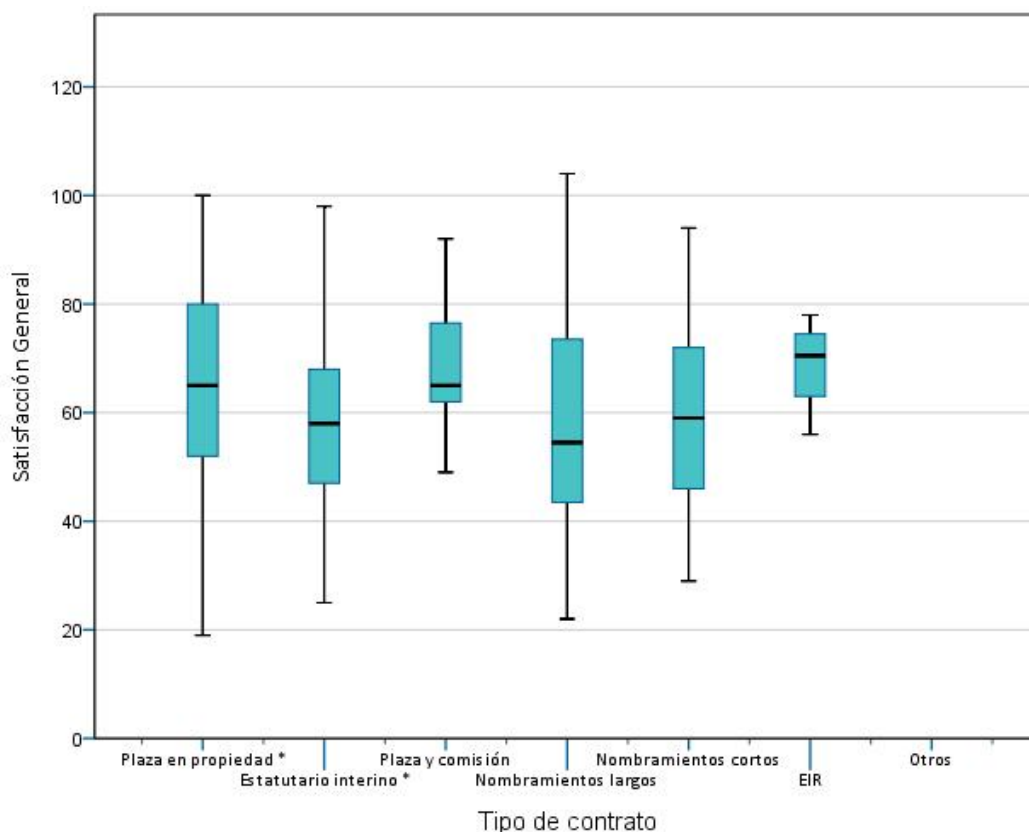


Figura 29: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción general en función del tipo de contrato. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 58: Resumen de pruebas de hipótesis para las variables de tipo de contrato, cargo, tipo de servicio, modalidad de turno, características del puesto y categoría de salario en relación a sus puntuaciones para Overall Job Satisfaction Scale.

Hipótesis nula	Categorías de tipo de contrato		Categorías de cargo		Categorías de tipo de servicio	
	Significación	Decisión	Significación	Decisión	Significación	Decisión
Misma distribución en satisfacción general entre las categorías	0.00	Rechazar	0.00	Rechazar	0.00	Rechazar
Misma distribución en satisfacción intrínseca entre las categorías	0.07	Aceptar hipótesis nula	0.00	Rechazar	0.00	Rechazar
Misma distribución en satisfacción extrínseca entre las categorías	0.00	Rechazar	0.00	Rechazar	0.00	Rechazar
Hipótesis nula	Categorías de modalidad de turno		Categorías de características del puesto		Categorías de salario	
	Significación	Decisión	Significación	Decisión	Significación	Decisión
Misma distribución en satisfacción general entre las categorías	0.00	Rechazar	0.00	Rechazar	0.00	Rechazar
Misma distribución en satisfacción intrínseca entre las categorías	0.00	Rechazar	0.00	Rechazar	0.00	Rechazar
Misma distribución en satisfacción extrínseca entre las categorías	0.00	Rechazar	0.00	Rechazar	0.00	Rechazar

Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes. Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de 0.0

Tabla 59: Comparación por parejas entre las categorías de la variable “tipo de contrato”, en función de sus puntuaciones para satisfacción general.

Tipo de contrato Muestra 1 – Muestra 2	Estadístico de contraste	Error	Desv. estadístico de contraste	Sig	Sig ajustada
Estatutario interino – Nombramientos largos	-2.53	28.73	-0.09	0.93	1.00
Estatutario interino – Nombramientos cortos	-16.24	21.21	-0.76	0.44	1.00
Estatutario interino – Plaza en propiedad	50.75	14.48	3.50	0.00	0.01
Estatutario interino – EIR	-86.03	65.23	-1.32	0.19	1.00
Estatutario interino – Plaza y comisión	-88.33	40.44	-2.18	0.03	0.43
Nombramientos largos – Nombramientos cortos	-13.70	31.56	-0.43	0.66	1.00
Nombramientos largos – Plaza en propiedad	48.21	27.49	1.75	0.08	1.00
Nombramientos largos- EIR	-83.50	69.29	-1.20	0.23	1.00
Nombramientos largos – Plaza y comisión	85.79	46.71	1.84	0.07	0.99
Nombramientos cortos – Plaza en propiedad	34.51	19.52	1.77	0.08	1.00
Nombramientos cortos – EIR	-69.79	66.52	-1.05	0.29	1.00
Nombramientos cortos – plaza y comisión	72.09	42.51	1.69	0.09	1.00
Plaza en propiedad – EIR	-35.29	64.69	-0.54	0.58	1.00
Plaza en propiedad – Plaza y comisión	-37.58	39.58	-0.95	0.34	1.00
EIR – Plaza y comisión	2.29	74.91	0.03	0.98	1.00

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

Tabla 60: Resultados para Overall Job Satisfaction Scale relacionados con el tipo de contrato.

	Satisfacción general Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	Satisfacción intrínseca Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	Satisfacción extrínseca Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]
Tipo de Contrato			
Plaza en propiedad	65.00 [52.00, 80.00]*	31.00 [23.00, 38.00]	34.00 [28.00, 42.00]*
Estatutario interino	58.00 [47.00, 68.00]*	27.00 [21.00, 33.00]	31.00 [24.00, 37.00]*
Plaza y comisión	65.00 [62.00, 80.00]	32.00 [28.00, 39.00]	34.00 [31.00, 41.00]
Nombramientos largos	55.00 [44.00, 74.00]	27.00 [22.00, 35.00]	29.00 [21.00, 39.00]
Nombramientos cortos	59.00 [46.00, 72.00]	29.00 [23.00, 34.00]	30.00 [23.00, 36.00]
EIR	71.00 [63.00, 75.00]	34.00 [27.00, 39.00]	36.00 [33.00, 39.00]

Los resultados estadísticamente significativos de acuerdo a la prueba de ANOVA de un factor de Kruskal-Wallis son indicados con *.

En relación al tipo de contrato y su puntuación en satisfacción extrínseca, las dos categorías con diferencias estadísticamente significativas vuelven a ser la plaza en propiedad y la figura de interinidad (Tabla 61). En la Figura 30 se puede ver como se repite la tendencia anterior y son las personas con plaza en propiedad las que muestran mayores niveles de satisfacción laboral. Lo mismo ocurre al comparar las medianas de ambas categorías (Tabla 60), siendo mayor la mediana de las enfermeras con plaza en propiedad (mediana = 34; rango intercuartil [28.00, 42.00]).

Tabla 61: Comparación por parejas entre las categorías de la variable “tipo de contrato”, en función de sus puntuaciones para satisfacción extrínseca.

Tipo de contrato Muestra 1 – Muestra 2	Estadístico de contraste	Error	Desv. estadístico de contraste	Sig	Sig ajustada
Estatutario interino – Nombramientos largos	-0.51	28.72	-0.02	0.99	1.00
Estatutario interino – Nombramientos cortos	-11.69	21.21	-0.55	0.58	1.00
Estatutario interino – Plaza en propiedad	62.66	14.48	4.33	0.00	0.00
Estatutario interino – Plaza y comisión	-85.68	40.43	-2.12	0.03	0.511
Estatutario interino – EIR	-88.36	65.20	-1.35	0.17	1.00
Nombramientos largos – Nombramientos cortos	-11.18	31.55	-0.35	0.72	1.00
Nombramientos largos – Plaza en propiedad	62.14	27.49	2.26	0.02	0.357
Nombramientos largos- Plaza y comisión	85.17	46.70	1.82	0.07	1.00
Nombramientos largos- EIR.	-87.85	69.26	-1.27	0.20	1.00
Nombramientos cortos – Plaza en propiedad	50.96	19.51	2.61	0.01	0.135
Nombramientos cortos – plaza y comisión	73.99	42.49	1.74	0.08	1.00
Nombramientos cortos – EIR	-76.67	66.50	-1.15	0.25	1.00
Plaza en propiedad – Plaza y comisión	-23.02	39.57	-0.58	0.56	1.00
Plaza en propiedad – EIR	-25.71	64.67	-0.40	0.69	1.00
Plaza y comisión – EIR	-2.68	74.88	-0.04	0.97	1.00

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

Respecto a la variable “cargo”, se rechazó la hipótesis nula en las tres subescalas (tanto en satisfacción general como en intrínseca y extrínseca). En el caso de la satisfacción general, a la hora de comparar entre parejas (Tabla 62), se observa que las diferencias estadísticamente significativas se dan solamente entre las categorías enfermera y supervisor/a ($p = 0.00$) y entre las categorías enfermera y dirección/gestión ($p = 0.00$). Tanto en el diagrama de cajas (Figura 31) como en la Tabla 63, se puede observar que la mayor puntuación en satisfacción general fue obtenida por los puestos de dirección y gestión (mediana = 83.00; rango intercuartil [75.00,93.00]), seguidos por los supervisores/as (mediana = 76.00; rango intercuartil = [65.00,87.00] y por las enfermeras (mediana=83.00; rango intercuartil = [75.00,93.00]).

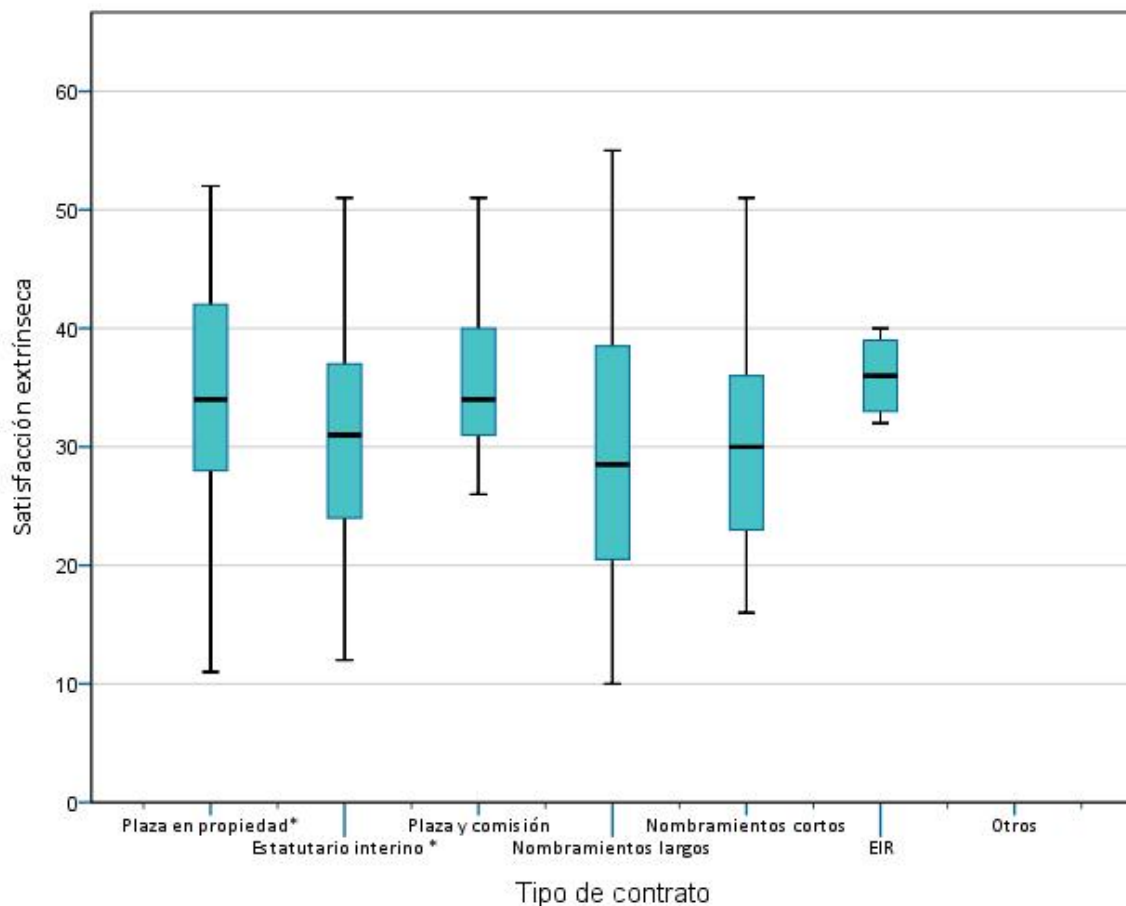


Figura 30: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción extrínseca en función del tipo de contrato. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 62: Comparación por parejas entre las categorías de la variable “cargo” en función de sus puntuaciones para satisfacción general.

Cargo		Estadístico de contraste	Error	Desv. estadístico de contraste	Sig	Sig ajustada
Muestra 1 – Muestra 2						
Otros – Enfermera/o		5.73	52.82	0.11	0.91	1.00
Otros – EIR		81.67	82.81	0.99	0.32	1.00
Otros – Supervisor/a		118.29	54.70	2.16	0.03	0.31
Otros –		166.71	64.15	2.60	0.01	0.09
Dirección/gestión						
Enfermera/o – EIR		-75.94	64.51	-1.18	0.24	1.00
Enfermera/o –		-112.56	17.19	-6.55	0.00	0.00
Supervisor/a –		-160.98	37.65	-4.27	0.00	0.00
Enfermera/o –						
Dirección/gestión						
EIR - Supervisora		36.62	66.06	0.55	0.58	1.00
EIR –		85.04	74.07	1.15	0.25	1.00
Dirección/gestión						
Supervisor/a –		-48.42	40.26	-1.20	0.23	1.00
Dirección/gestión						

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

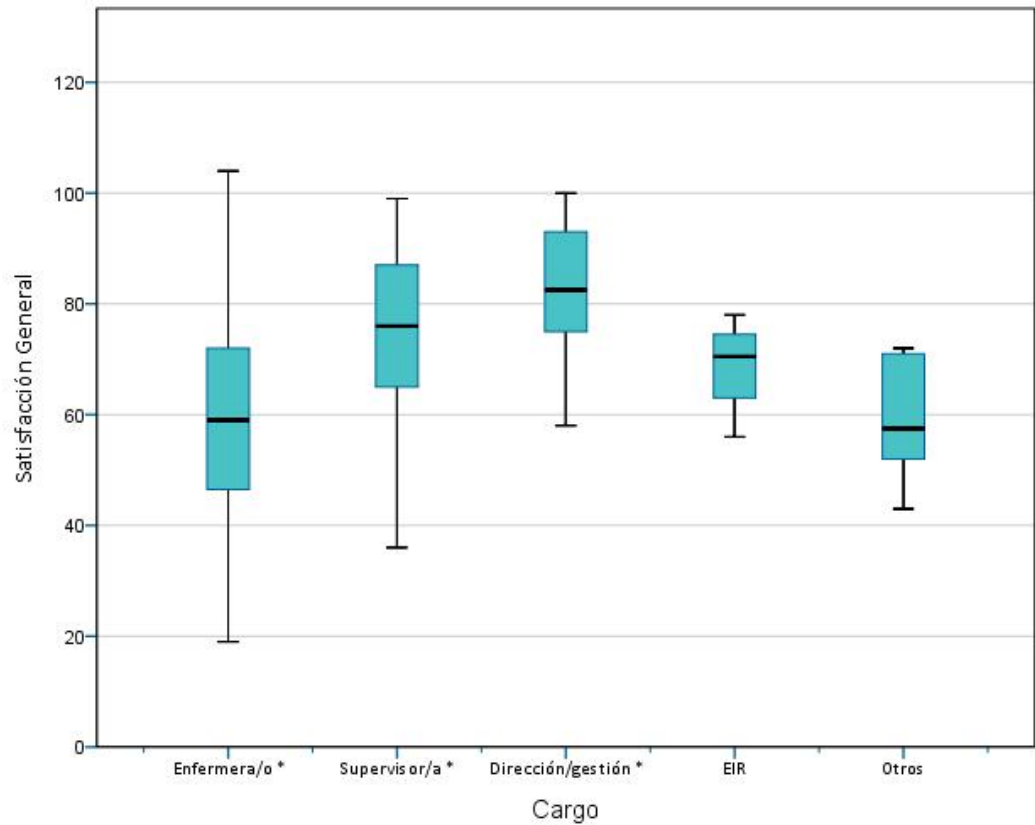


Figura 31: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción general en función del cargo.
* Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 63: Resultados para Overall Job Satisfaction Scale relacionados con el cargo

Cargo	Satisfacción general	Satisfacción intrínseca	Satisfacción extrínseca
	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]
Enfermera/o	59.00 [47.00,72.00]*	28.00 [21.00,35.00]*	31.00 [25.00,38.00]*
Supervisor/a	76.00 [65.00,87.00]*	35.00 [30.00,41.00]*	42.00 [33.00,47.00]*
Dirección/gestión	83.00 [75.00,93.00]*	41.00 [35.00,45.00]*	43.00 [39.00,49.00]*
EIR	71.00 [63.00,75.00]	34.00 [27,39]	36.00 [33,39]
Otros	58.00 [52.00,71.00]	27.00 [23,34]	32.00 [26,34]

Los resultados estadísticamente significativos de acuerdo a la prueba de ANOVA de un factor de Kruskal-Wallis son indicados con *.

A la hora de analizar la variable cargo en función de la satisfacción intrínseca (Tabla 64), también se observa que las diferencias estadísticamente significativas se producen entre las enfermeras y las supervisoras ($p = 0.00$) y las enfermeras y otras enfermeras en puestos de dirección/gestión ($p = 0.00$). En este caso, si se observa el diagrama de cajas (Figura 32) y la Tabla 63, se aprecia que dentro de estas categorías que muestran diferencias estadísticamente significativas, son las enfermeras las que obtienen puntuaciones más bajas (mediana = 28.00; rango intercuartil = [21.00,35.00]). La puntuación más alta sería la obtenida por las enfermeras en puestos de dirección/gestión (mediana = 41.00; rango intercuartil = [35.00,45.00]), seguida por la obtenida por las enfermeras en puestos de supervisión (mediana =35.00; rango intercuartil = [30.00,41.00]).

Tabla 64: Comparación por parejas entre las categorías de la variable "cargo" en función de sus puntuaciones para satisfacción intrínseca.

Cargo Muestra 1 – Muestra 2	Estadístico de contraste	Error	Desv. estadístico de contraste	Sig	Sig ajustada
Enfermera/o -Otros	-7.75	52.80	-0.15	0.88	1.00
Enfermera/o – EIR	-72.37	64.48	-1.12	0.26	1.00
Enfermera/o – Supervisor/a	-95.83	17.19	-5.58	0.00	0.00
Enfermera/o – Dirección/gestión	-157.22	37.64	-4.17	0.00	0.00
Otros – EIR	64.63	82.78	0.78	0.44	1.00
Otros – Supervisor/a	88.08	54.69	1.61	0.11	1.00
Otros – Dirección/gestión	149.38	64.12	2.33	0.02	0.20
EIR – Supervisor/a	23.46	66.04	0.36	0.72	1.00
EIR –Dirección/gestión	84.75	74.04	1.15	0.25	1.00
Supervisor/a-Dirección/gestión	-61.30	40.25	-1.52	1.28	1.00

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

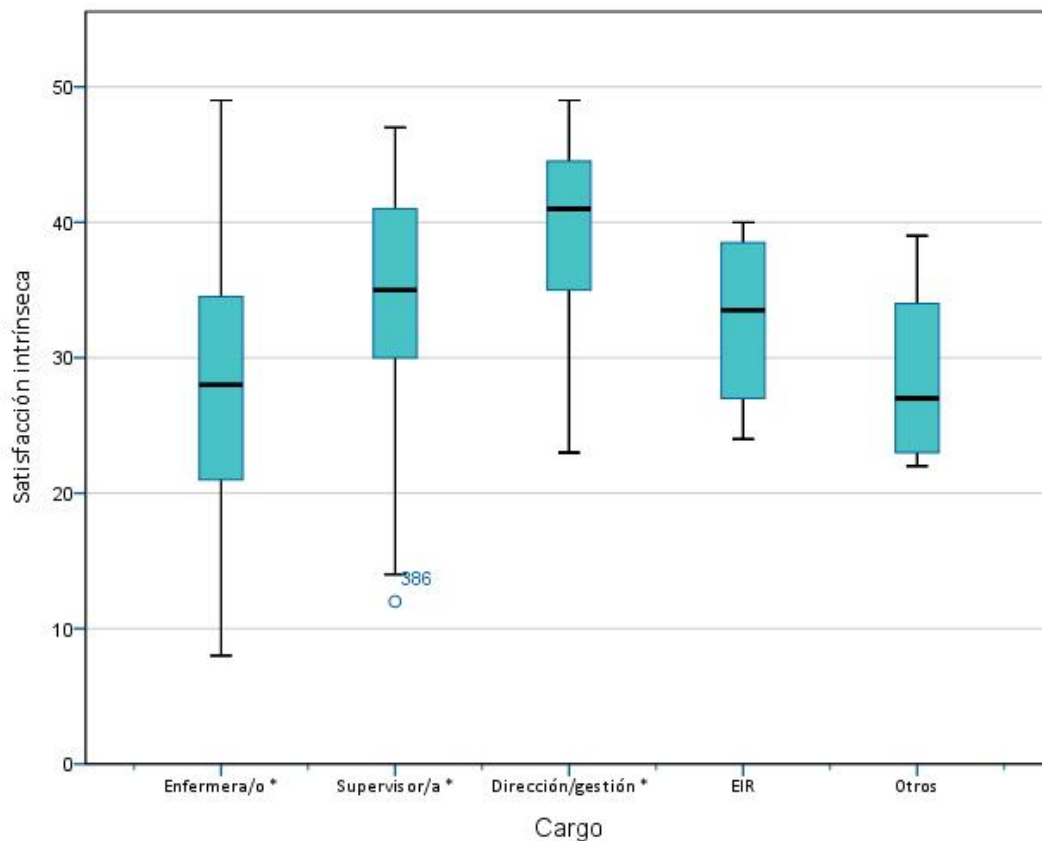


Figura 32: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción intrínseca en función del cargo.
* Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a satisfacción extrínseca (Tabla 65), según el cargo, las diferencias significativas también se dan entre enfermeras y enfermeras con puestos de supervisión o de dirección/gestión. Se pueden ver, en la Figura 33 y en la Tabla 63, las puntuaciones para la satisfacción extrínseca por cargo. Las enfermeras obtienen puntuaciones más bajas (mediana = 31.00; rango intercuartil = [25.00,38.00]) que las supervisoras

(mediana = 42.00; rango intercuartil = [33.00,47.00]) y las enfermeras en puestos de dirección/gestión (mediana = 43.00; rango intercuartil = [39.00,49.00]).

Tabla 65: Comparación por parejas entre las categorías de la variable cargo en función de sus puntuaciones para satisfacción extrínseca.

Cargo	Estadístico de contraste	Error	Desv. estadístico de contraste	Sig	Sig ajustada
Muestra 1 – Muestra 2					
Otros – Enfermera/o	18.82	52.80	0.36	0.72	1.00
Otros – EIR	92.50	82.78	1.12	0.26	1.00
Otros – Supervisor/a	140.51	54.68	2.57	0.01	0.10
Otros – Dirección/gestión	173.54	64.12	2.71	0.01	0.07
Enfermera/o – EIR	-73.68	64.48	-1.14	0.25	1.00
Enfermera/o – Supervisor/a	-121.70	17.19	-7.08	0.00	0.00
Enfermera/o – Dirección/gestión	-154.72	37.64	-4.11	0.00	0.00
EIR - Supervisor/a	48.01	66.04	0.73	0.47	1.00
EIR –Dirección/gestión	81.04	74.04	1.10	0.27	1.00
Supervisor/a-Dirección/gestión	-33.03	40.25	-0.82	0.41	1.00

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

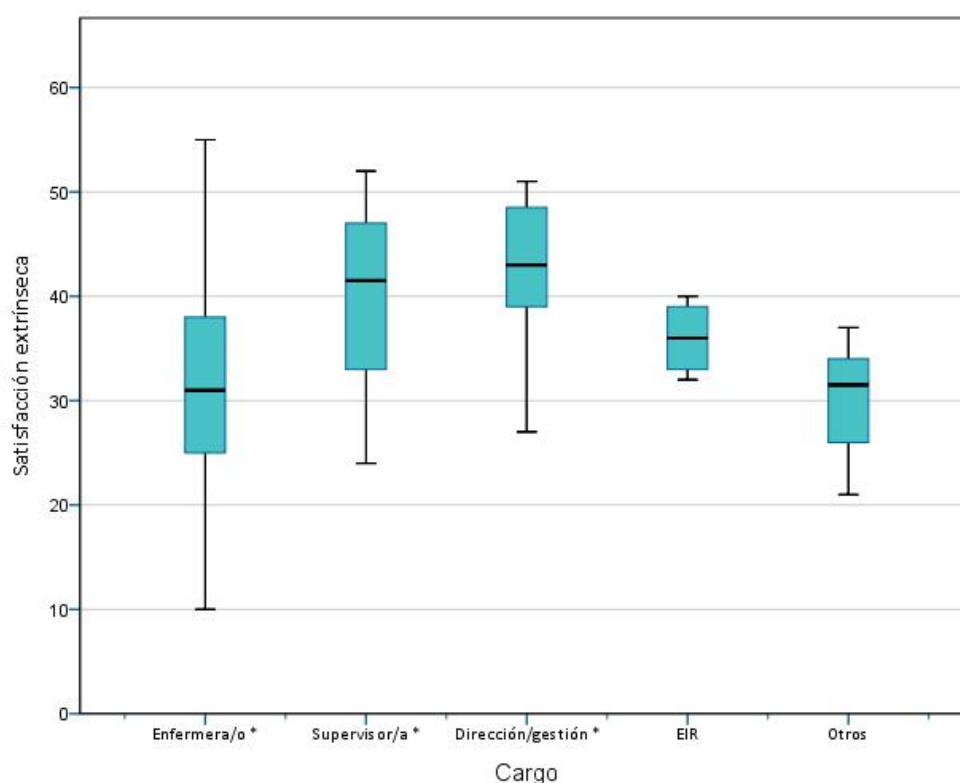


Figura 33: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción extrínseca en función del cargo. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

La variable tipo de servicio, también ha mostrado influir significativamente en las puntuaciones obtenidas a través de la escala *Overall Job Satisfaction*. A la hora de valorar la satisfacción general (Tabla 66), las diferencias estadísticamente significativas aparecen entre las enfermeras trabajando en servicios mixtos y las supervisoras ($p = 0.00$), las enfermeras trabajando en servicios mixtos y las que trabajan en otros servicios

que no podían englobarse en los propuestos ($p = 0.00$), entre las enfermeras pertenecientes a servicios quirúrgicos y las supervisoras ($p = 0.00$) y las enfermeras pertenecientes a los servicios médicos y las supervisoras ($p = 0.00$).

Observando la Figura 34 y la Tabla 67 pueden verse las puntuaciones para satisfacción general. En este caso, dentro de las categorías que mostraron diferencias estadísticamente significativas, los servicios mixtos fueron los que menor puntuación en satisfacción laboral general obtuvieron (mediana = 48.50; rango intercuartil = [39.00, 61.00]). Servicios quirúrgicos (mediana = 59.00; rango intercuartil = [48.50, 73.00]) y médicos (mediana = 60.00; rango intercuartil = [49.00, 72.00]) también obtienen puntuaciones más bajas si se comparan con otros tipos de servicios (mediana = 76; rango intercuartil = [61.00, 91.00]) o con las supervisoras (mediana = 76; rango intercuartil = [65.00, 86.00]).

Tabla 66: Comparación por parejas entre las categorías de la variable tipo de servicio en función de sus puntuaciones para satisfacción general.

Tipo de servicio Muestra 1 – Muestra 2	Estadístico de contraste	Error	Desv. estadístico de contraste	Sig	Sig ajustada
S. Mixtos – S. Quirúrgicos	49.78	29.84	1.67	0.10	1.00
S. Mixtos – S. Médicos	54.81	26.38	2.08	0.04	0.79
S. Mixtos – S. Generales Clínico	62.06	41.60	1.49	0.14	1.00
S. Mixtos - EIR	-123.31	68.91	-1.79	0.07	1.00
S. Mixtos - Supervisoras	-158.73	30.05	-5.28	0.00	0.00
S. Mixtos - Otros	-158.75	43.58	-3.64	0.00	0.00
S. Quirúrgicos – S. Médicos	5.02	17.90	0.28	0.78	1.00
S. Quirúrgicos – S. Generales Clínicos	-12.27	36.80	-0.33	0.74	1.00
S. Quirúrgicos – EIR	-73.52	66.12	-1.11	0.27	1.00
S. Quirúrgicos – Supervisora	-108.95	22.96	-4.75	0.00	0.00
S. Quirúrgicos – Otros	-108.97	39.03	-2.79	0.01	0.11
S. Médicos – S. Generales Clínicos	-7.25	34.06	-0.21	0.83	1.00
S. Médicos - EIR	-68.50	64.64	-1.06	0.29	1.00
S. Médicos - Supervisoras	-103.92	18.25	-5.70	0.00	0.00
S. Médicos - Otros	-103.94	36.46	-2.85	0.00	0.09
S. Generales Clínicos – EIR	-61.25	72.20	-0.85	0.40	1.00
S. Generales Clínicos – Supervisora	-96.67	36.98	-2.62	0.01	0.19
S. Generales Clínicos - Otros	-96.69	48.62	-1.99	0.05	0.98
EIR – Supervisoras	35.42	66.22	0.54	0.59	1.00
EIR – Otros	-35.44	73.36	-0.48	0.63	1.00
Supervisoras – Otros	-0.02	39.19	-0.00	100	1.00

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

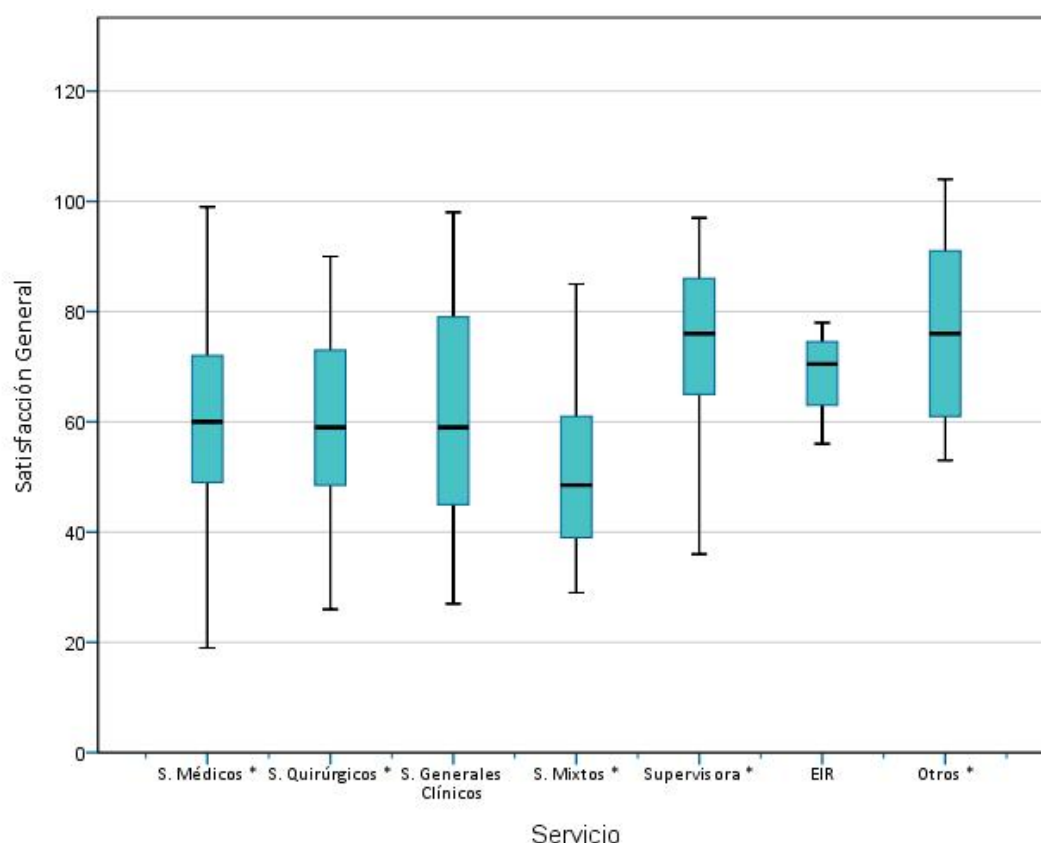


Figura 34: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción general en función del tipo de servicio. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 67: Resultados para Overall Job Satisfaction Scale relacionados con el tipo de servicio.

Tipo de Servicio	Satisfacción general	Satisfacción intrínseca	Satisfacción extrínseca
	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]
S. Médicos	60.00 [49.00,72.00]*	28.00 [22.00,35.00]*	32.00 [26.00,38.00]*
S. Quirúrgicos	59.00 [48.50,73.00]*	27.50 [22.00,34.00]*	31.50 [25.00,38.00]*
S. Generales Clínicos	59.00 [44.00,81.00]	27.00 [13.00,38.00]	35.00 [22.00,43.00]
S. Mixtos	48.50 [39.00,61.00]*	22.50 [18.00,30.00]*	25.50 [21.00,33.00]*
Supervisora	76.00 [65.00,86.00]*	35.00 [30.00,40.00]*	42.00 [33.00,46.00]*
EIR	70.50 [63.00,75.50]	33.50 [27.00,38.50]	36.00 [33.00,39.00]
Otros	76.00 [61.00,91.00]*	37.00 [29.00,45.00]*	39.00 [33.00,46.00]*

Los resultados estadísticamente significativos de acuerdo a la prueba de ANOVA de un factor de Kruskal-Wallis son indicados con *.

En satisfacción intrínseca, se aprecian diferencias significativas (Tabla 68) al comparar los servicios mixtos con las supervisoras ($p = 0.00$), y con otros servicios que no encajaban en las categorías propuestas ($p = 0.01$); los servicios quirúrgicos con el colectivo de supervisoras ($p = 0.00$); y los servicios médicos respecto a supervisoras. Observando estas categorías con diferencias en la Tabla 67 y en la Figura 35, se aprecia que el colectivo perteneciente a la categoría “otros” obtuvo mayor puntuación en satisfacción intrínseca (mediana = 37.00; rango intercuartil = [29.00,45.00]), seguido de supervisoras (mediana = 35.00; rango intercuartil = [30.00,40.00]) y servicios médicos y

quirúrgicos que obtuvieron medianas similares (mediana = 28; rango intercuartil = [22.00,35.00] y $m = 27.50$; rango intercuartil = [22.00,34.00] respectivamente).

Tabla 68: Comparación por parejas entre las categorías de la variable tipo de servicio en función de sus puntuaciones para satisfacción intrínseca.

Tipo de servicio Muestra 1 – Muestra 2	Estadístico de contraste	Error	Desv. estadístico de contraste	Sig	Sig ajustada
S. Mixtos – S. Quirúrgicos	44.73	29.83	1.50	0.13	1.00
S. Mixtos – S. Generales Clínico	52.96	41.58	1.27	0.20	1.00
S. Mixtos – S. Médicos	53.18	26.37	2.02	0.04	0.92
S. Mixtos - EIR	-117.22	68.88	-1.70	0.09	1.00
S. Mixtos - Supervisoras	-137.62	30.04	-4.58	0.00	0.00
S. Mixtos - Otros	-158.21	43.56	-3.63	0.00	0.01
S. Quirúrgicos – S. Generales Clínicos	-8.23	36.79	-0.22	0.82	1.00
S. Quirúrgicos – S Generales Médicos	8.45	17.89	0.47	0.64	1.00
S. Quirúrgicos – EIR	-72.49	66.10	-1.10	0.27	1.00
S. Quirúrgicos – Supervisora	-92.89	22.94	-4.05	0.00	0.00
S. Quirúrgicos – Otros	-113.48	39.02	-2.91	0.00	0.08
S. Generales Clínicos – S. Médicos	0.22	34.05	0.01	0.99	1.00
S. Generales Clínicos - EIR	-64.26	72.17	-0.89	0.37	1.00
S. Generales clínicos - Supervisoras	-84.66	36.96	-2.29	0.02	0.46
S. Generales clínicos - Otros	-105.25	48.60	-2.17	0.03	0.64
S. Médicos – EIR	-64.04	64.61	-0.99	0.32	1.00
S. Médicos – Supervisora	-84.44	18.24	-4.63	0.00	0.00
S. Médicos - Otros	-105.03	36.44	-2.88	0.00	0.08
EIR – Supervisoras	20.40	66.19	0.31	0.76	1.00
EIR – Otros	-40.99	73.33	-0.56	0.58	1.00
Supervisoras – Otros	-20.59	39.18	-0.53	0.60	1.00

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

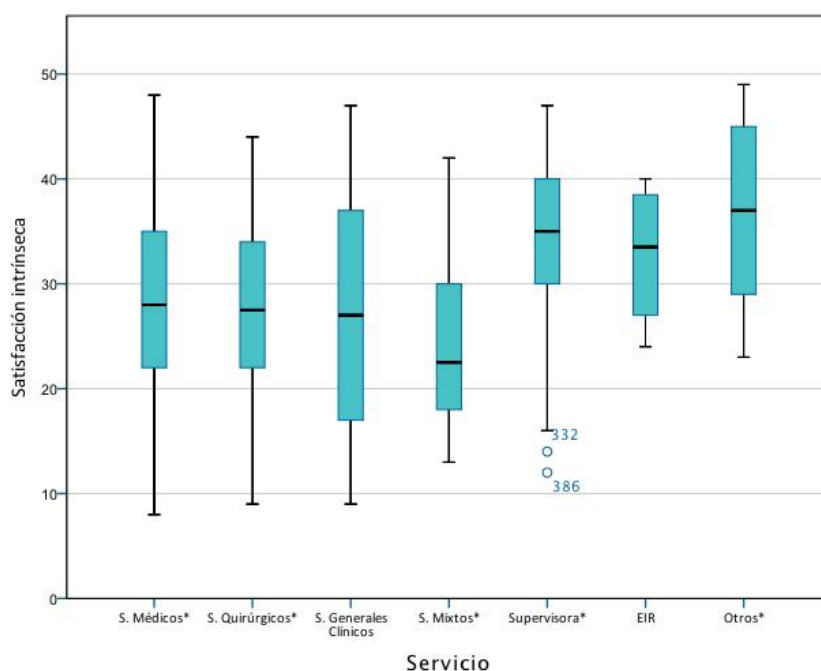


Figura 35: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción intrínseca en función del tipo de servicio. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

Las enfermeras pertenecientes a servicios mixtos presentaron menor puntuación ($m = 22.50$; rango intercuartil = $[18.00, 30.00]$).

En cuanto a la satisfacción extrínseca (Tabla 69), aparecieron diferencias estadísticamente significativas entre categorías de tipo de servicio. Se apreciaron al comparar los servicios mixtos con la categoría “otros” ($p = 0.01$) y con las supervisoras ($p = 0.00$). Las supervisoras mostraron diferencias estadísticamente significativas en la comparación con los servicios quirúrgicos ($p = 0.00$) y los servicios médicos ($p = 0.00$). En la Tabla 67 y la Figura 36, se observa que en el caso de la satisfacción extrínseca las supervisoras obtienen mayor puntuación (mediana = 42.00 ; rango intercuartil = $[33.00, 46.00]$), seguidas por “otros” (mediana = 39.00 ; rango intercuartil = $[33.00, 46.00]$). Los servicios médicos y quirúrgicos obtienen puntuaciones similares (mediana = 32.00 ; rango intercuartil = $[26.00, 38.00]$ y mediana = 31.50 ; rango intercuartil = $[25.00, 38.00]$). Los mixtos, obtienen la puntuación más baja en satisfacción extrínseca (mediana = 25.50 ; rango intercuartil = $[21.00, 33.00]$)

Tabla 69: Comparación por parejas entre las categorías de la variable tipo de servicio en función de sus puntuaciones para satisfacción extrínseca.

Tipo de servicio Muestra 1 – Muestra 2	Estadístico de contraste	Error	Desv. estadístico de contraste	Sig	Sig ajustada
S. Mixtos – S. Quirúrgicos	49.26	29.83	1.65	0.10	1.00
S. Mixtos – S. Médicos	51.86	26.37	1.97	0.05	1.00
S. Mixtos – S. Generales Clínico	75.81	41.58	1.82	0.07	1.00
S. Mixtos - EIR	-119.61	68.88	-1.74	0.08	1.00
S. Mixtos - otros	-149.31	43.56	-3.43	0.00	0.01
S. Mixtos - supervisora	-167.55	30.04	-5.59	0.00	0.00
S. Quirúrgicos – S. Médicos	2.59	17.89	0.14	0.88	1.00
S. Quirúrgicos – S Generales Clínicos	-26.55	36.79	-0.72	0.47	1.00
S. Quirúrgicos – EIR	-70.35	66.10	-1.06	0.29	1.00
S. Quirúrgicos – Otros	-100.04	39.01	-2.56	0.01	0.22
S. Quirúrgicos – Supervisoras	-118.29	22.99	-5.15	0.00	0.00
S. Médicos – S. Generales Clínicos	-23.96	34.05	-0.70	0.48	1.00
S. Médicos - EIR	-67.76	64.61	-1.05	0.29	1.00
S. Médicos - Otros	-97.45	36.44	-2.67	0.01	1.00
S. Médicos - Supervisoras	-115.69	18.24	-6.34	0.00	0.00
S. Generales Clínicos – EIR	-43.80	72.17	-0.61	0.54	1.00
S. Generales Clínicos – Otros	-73.49	48.60	-1.51	0.13	1.00
S. Generales Clínicos - Supervisoras	-91.73	36.96	-2.48	0.01	0.27
EIR – Otros	-29.69	73.33	-0.40	0.69	1.00
EIR – Supervisoras	47.93	66.19	0.72	0.47	1.00
Otros-Supervisoras	18.24	39.18	0.47	0.64	1.00

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

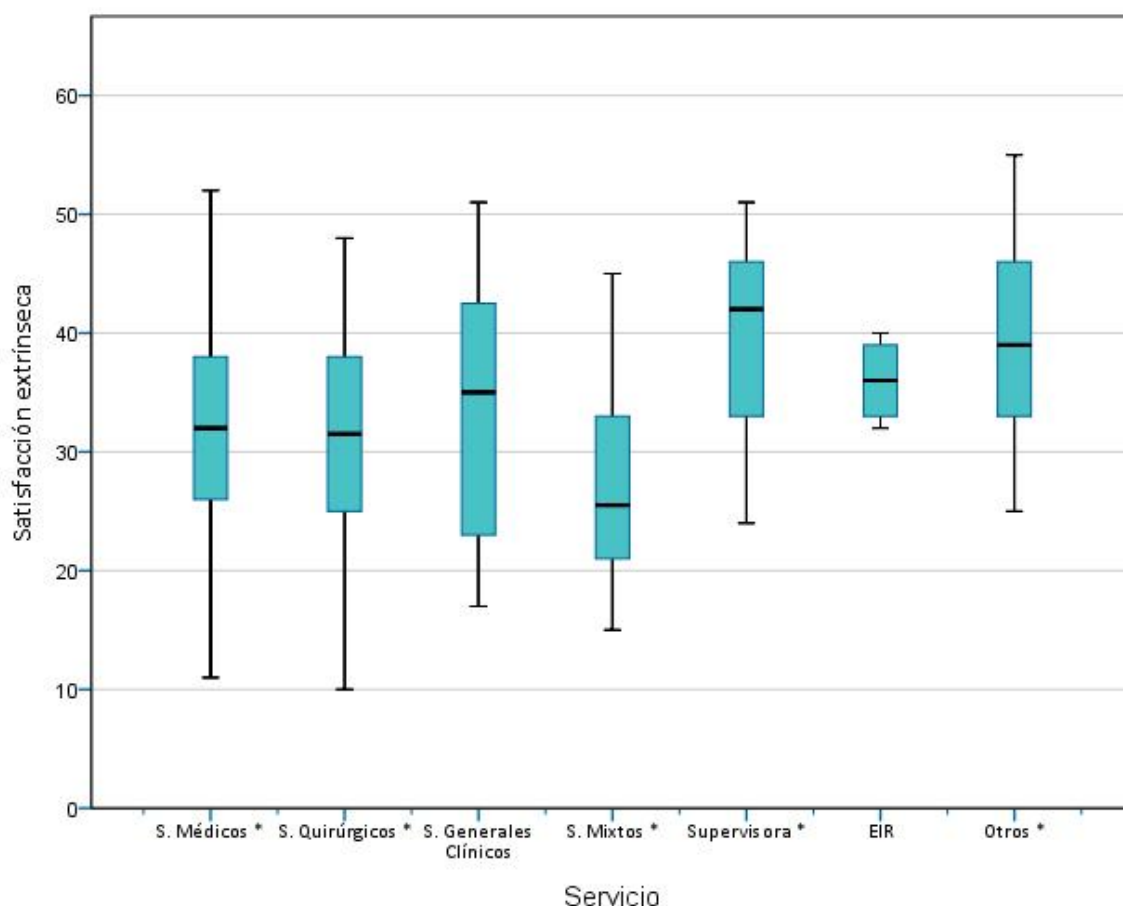


Figura 36: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción extrínseca en función del tipo de servicio. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

La variable modalidad de turno, también mostró diferencias estadísticamente significativas tras el análisis *post hoc* de las puntuaciones obtenidas por sus categorías en satisfacción general, intrínseca y extrínseca. En el caso de la satisfacción general (Tabla 70), se aprecian diferencias entre la categoría “mañanas fijas” y las categorías “noches fijas” ($p = 0.03$), “turno irregular” ($p = 0.00$), “rotatorio 1 una noche” ($p = 0.00$), “rotatorio 2 noches” ($p = 0.00$) y “otras” ($p = 0.00$).

Observando tanto el diagrama de cajas (Figura 37) como los datos de medianas y rangos intercuartiles ofrecidos en la Tabla 71, se puede apreciar, que el turno de mañanas fijas obtiene la puntuación más elevada en satisfacción general (mediana = 74.50; rango intercuartil = [59.00,86.00]). Esta puntuación es seguida por la obtenida por las enfermeras que trabajan en “otros turnos” y en el “turno rotatorio de dos noches” (mediana = 59.00; rango intercuartil = [48.00,70.00] y mediana = 58.00; rango intercuartil = [46.00,70.00]). Las enfermeras que trabajan en un “turno irregular”, obtienen una puntuación más baja (mediana = 52.50; rango intercuartil = [42.50,72.00]). La puntuación más baja obtenida es la referida al “turno de noches fijas” (mediana = 44.00; rango intercuartil = [38.00,62.00]).

Tabla 70: Comparación por parejas entre las categorías de la variable modalidad de turno en función de sus puntuaciones para satisfacción general.

Modalidad de turno Muestra 1 – Muestra 2	Estadístico de contraste	Error	Desv. estadístico de contraste	Sig	Sig ajustada
Noches fijas-Irregular	-51.64	53.53	-0.96	0.33	1.00
Noches fijas-Rotatorio 1 noche	58.91	52.05	1.13	0.26	1.00
Noches fijas-Rotatorio 2 noches	69.16	49.97	1.38	0.17	1.00
Noches fijas-Otras	-71.68	50.62	-1.42	0.16	1.00
Noches fijas-Tardes fijas	-78.59	66.40	-1.18	0.24	1.00
Noches fijas-Rotatorio 7 semanas	84.81	55.99	1.51	0.13	1.00
Noches fijas-12 horas	-153.94	64.65	-2.38	0.02	0.62
Noches fijas-mañanas fijas	-166.15	49.78	-3.34	0.00	0.03
Irregular-Rotatorio 1 noche	7.27	29.53	0.25	0.80	1.00
Irregular-Rotatorio 2 noches	17.52	25.69	0.68	0.49	1.00
Irregular-Otras	-20.05	26.93	-0.74	0.46	1.00
Irregular-Tardes fijas	26.95	40.71	0.53	0.59	1.00
Irregular-Rotatorio 7 semanas	33.17	36.03	0.92	0.36	1.00
Irregular-12 horas	-102.30	48.41	-2.11	0.03	1.00
Irregular-Mañanas fijas	114.513	25.32	4.52	0.00	0.00
Rotatorio 1 noche-Rotatorio 2 noches	-10.25	22.44	-0.46	0.65	1.00
Rotatorio 1 noche-Otras	-12.77	23.85	-0.54	0.59	1.00
Rotatorio 1 noche-Tardes fijas	-19.68	49.14	-0.40	0.69	1.00
Rotatorio 1 noche-Rotatorio 7 semanas	-25.90	33.78	-0.77	0.44	1.00
Rotatorio 1 noche-12 horas	-95.03	46.76	-2.03	0.42	1.00
Rotatorio 1 noche-Mañanas fijas	-107.24	22.01	-4.87	0.00	0.00
Rotatorio 2 noches-Otras	-2.52	18.89	-0.13	0.89	1.00
Rotatorio 2 noches-Tardes fijas	-9.43	46.94	-0.20	0.84	1.00
Rotatorio de 2 noches-Rotatorio 7 semanas	-15.65	30.49	-0.51	0.61	1.00
Rotatorio 2 noches-12 horas	-84.77	44.43	-1.99	0.06	1.00
Rotatorio 2 noches-Mañanas fijas	-96.99	16.50	-5.89	0.00	0.00
Otras-Tardes fijas	6.91	47.63	0.14	0.88	1.00
Otras-Rotatorio 7 semanas	13.13	31.54	0.42	0.68	1.00
Otras-12 horas	82.25	45.16	1.82	0.07	1.00
Otras-Mañanas fijas	94.47	18.37	5.14	0.00	0.00
Tardes fijas-Rotatorio 7 semanas	6.22	53.30	0.11	0.91	1.00
Tardes fijas-12 horas	-75.35	62.34	-1.21	0.23	1.00
Tardes fijas-Mañanas fijas	87.56	46.73	1.87	0.06	1.00
Rotatorio 7 semanas-12 horas	-69.13	51.11	-1.35	0.18	1.00
Rotatorio 7 semanas-Mañanas fijas	-81.34	30.17	-2.70	0.01	0.25
12 horas-Mañanas fijas	12.21	44.22	0.28	0.78	1.00

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

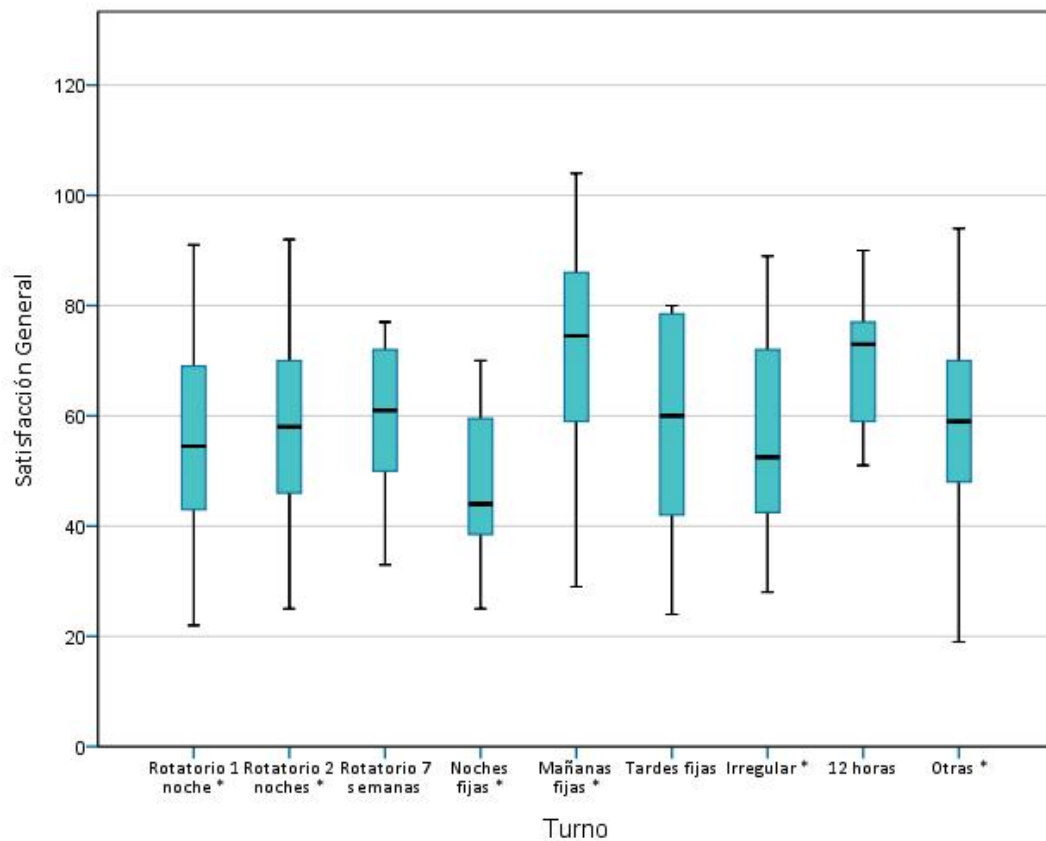


Figura 37: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción general en función de la modalidad de turno. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 71: Resultados para Overall Job Satisfaction Scale relacionados con la modalidad de turno

Modalidad de turno	Satisfacción general	Satisfacción intrínseca	Satisfacción extrínseca
	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]
Rotatorio 1 noche	54.50[43.00,69.00]*	26.00[19.00,34.00]*	29.00[24.00,36.00]*
Rotatorio 2 noches	58.00[46.00,70.00]*	26.00[21.00,33.00]*	32.00[26.00,37.00]*
Rotatorio 7 semanas	61.00[50.00,72.00]	32.00[25.00,35.00]	33.00[27.00,37.00]*
Noches fijas	44.00[38.00,62.00]*	21.00[13.00,29.00]	25.00[22.00,33.00]*
Mañanas fijas	74.50[59.00,86.00]*	34.00[28.00,41.00]*	39.00[32.00,45.00]*
Tardes fijas	60.00[42.00,78.50]	28.00[18.50,38.50]	32.00[23.50,39.50]
Irregular	52.50[42.50,72.00]*	27.50[21.00,33.50]*	27.50[22.00,37.00]*
12 horas	73.00[59.00,77.00]	34.00[27.00,35.00]	38.00[31.00,42.00]
Otras	59.00[48.00,70.00]*	28.50[22.00,34.00]*	31.00[25.00,36.00]*

Los resultados estadísticamente significativos de acuerdo a la prueba de ANOVA de un factor de Kruskal-Wallis son indicados con *.

Respecto a la satisfacción intrínseca (Tabla 72), se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre las mismas categorías de modalidad de turno que en el caso de la satisfacción general, a excepción del “turno de noches fijas”. Como puede observarse, se obtiene un valor p de 0.01 entre el “turno de mañanas fijas” y el turno “irregular”. Este turno de mañanas fijas vuelve a mostrar un valor p de 0.00 que indica diferencias estadísticamente significativas con el “turno rotatorio 1 noche”, “rotatorio de 2 noches” y con la categoría “otros”. Volviendo a la Tabla 71 y al diagrama de cajas (Figura 38), se aprecia que el turno de “mañanas fijas” vuelve a obtener la

mayor puntuación (mediana = 34.00; rango intercuartil = [28.00,41.00]), seguido de la categoría “otras” (mediana = 28.50; rango intercuartil = [22.00,34.00]) y en esta ocasión del turno irregular (mediana = 27.50; rango intercuartil = [21.00,33.50]). La puntuación más baja obtenida entre las categorías que mostraron diferencias estadísticamente significativas fue mediana = 26.00, rango intercuartil = [19.00,34.00] en el caso del turno rotatorio de 1 noche y mediana = 26.00; rango intercuartil = [21.00,33.00] para el turno rotatorio de 2 noches.

Tabla 72: Comparación por parejas entre las categorías de la variable modalidad de turno en función de sus puntuaciones para satisfacción intrínseca.

Modalidad de turno Muestra 1 – Muestra 2	Estadístico de contraste	Error	Desv. estadístico de contraste	Sig	Sig ajustada
Noches fijas-Irregular	-53.53	53.51	-1.00	0.32	1.00
Noches fijas-Rotatorio 1 noche	55.24	52.03	1.06	0.29	1.00
Noches fijas-Rotatorio 2 noches	56.29	59.95	1.23	0.26	1.00
Noches fijas-Otras	-70.69	50.60	-1.40	0.16	1.00
Noches fijas-Tardes fijas	-73.75	66.37	-1.11	0.27	1.00
Noches fijas-Rotatorio 7 semanas	88.02	55.97	1.57	0.12	1.00
Noches fijas-12 horas	-130.67	64.63	-2.02	0.04	1.00
Noches fijas-mañanas fijas	-146.98	49.76	-2.95	0.00	0.11
Irregular-Rotatorio 1 noche	1.71	29.52	0.06	0.95	1.00
Irregular-Rotatorio 2 noches	2.76	25.68	0.11	0.91	1.00
Irregular-Otras	-17.15	26.92	-0.64	0.52	1.00
Irregular-Tardes fijas	20.22	50.69	0.40	0.69	1.00
Irregular-Rotatorio 7 semanas	34.49	36.02	0.96	0.34	1.00
Irregular-12 horas	-77.13	48.39	-1.59	0.11	1.00
Irregular-Mañanas fijas	99.45	25.31	3.69	0.00	0.01
Rotatorio 1 noche-Rotatorio 2 noches	-1.053	22.43	-0.05	0.96	1.00
Rotatorio 1 noche-Otras	-15.45	23.84	-0.65	0.52	1.00
Rotatorio 1 noche-Tardes fijas	-18.51	49.13	-0.38	0.71	1.00
Rotatorio 1 noche-Rotatorio 7 semanas	-32.78	33.77	-0.97	0.33	1.00
Rotatorio 1 noche-12 horas	-75.43	46.74	-1.61	0.11	1.00
Rotatorio 1 noche-Mañanas fijas	-91.74	22.00	-4.17	0.00	0.00
Rotatorio 2 noches-Otras	-14.39	18.88	-0.76	0.45	1.00
Rotatorio 2 noches-Tardes fijas	-17.46	46.92	-0.37	0.71	1.00
Rotatorio de 2 noches-Rotatorio 7 semanas	-31.73	30.48	-1.04	0.30	1.00
Rotatorio 2 noches-12 horas	-74.37	44.42	-1.67	0.94	1.00
Rotatorio 2 noches-Mañanas fijas	-90.68	16.49	-5.50	0.00	0.00
Otras-Tardes fijas	3.064	47.61	0.64	0.95	1.00
Otras-Rotatorio 7 semanas	17.34	31.53	0.55	0.58	1.00
Otras-12 horas	59.98	45.15	1.33	0.18	1.00
Otras-Mañanas fijas	76.29	18.37	4.15	0.00	0.00
Tardes fijas-Rotatorio 7 semanas	14.27	53.28	0.27	0.79	1.00
Tardes fijas-12 horas	-56.92	62.32	-0.91	0.36	1.00
Tardes fijas-Mañanas fijas	73.23	46.71	1.57	0.12	1.00
Rotatorio 7 semanas-12 horas	-42.64	51.09	-0.83	0.40	1.00
Rotatorio 7 semanas-Mañanas fijas	-58.95	30.16	-1.96	0.05	1.00
12 horas-Mañanas fijas	16.31	44.20	0.37	0.71	1.00

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

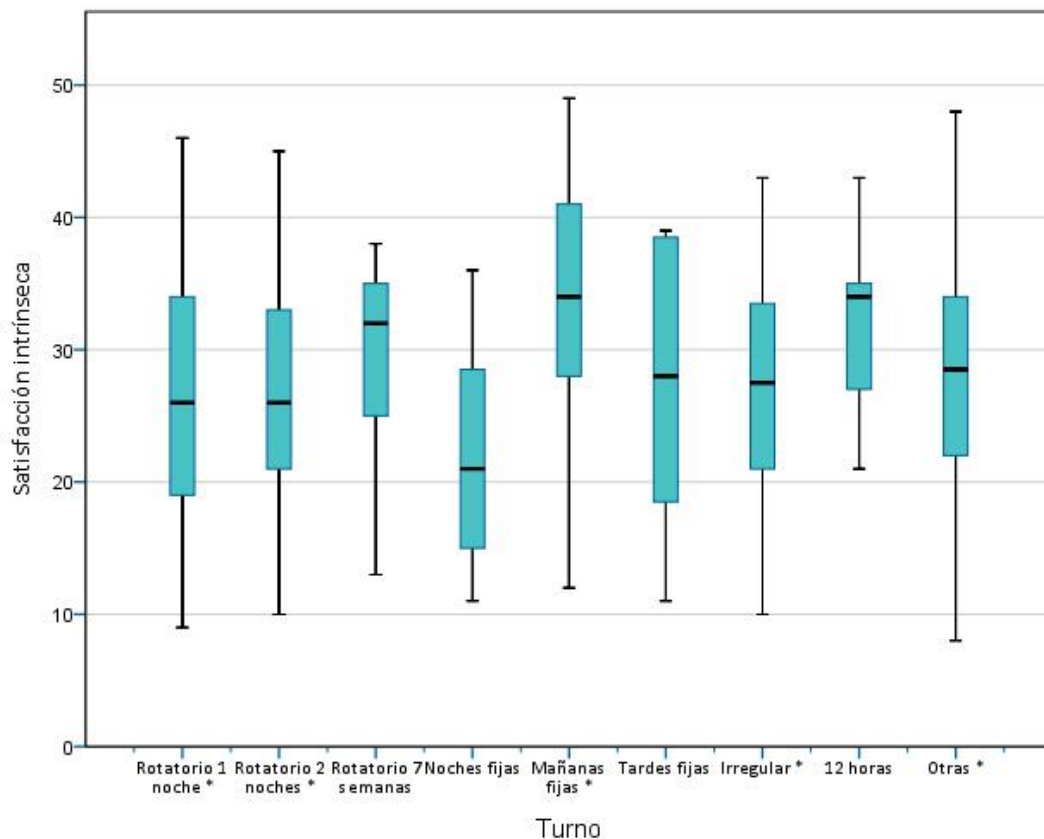


Figura 38: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción intrínseca en función de la modalidad de turno. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

En el caso de la satisfacción extrínseca (Tabla 73), el turno de “mañanas fijas” vuelve a mostrar diferencias estadísticamente significativas al compararlas con las variables de “noches fijas” ($p = 0.01$), y con el turno “rotatorio de 1 noche”, “rotatorio de 2 noches”, y la categoría “otros” ($p = 0.00$ en los tres casos). En esta ocasión, la categoría “turno rotatorio de 7 semanas” también mostró diferencias estadísticamente significativas respecto al turno de mañanas fijas ($p = 0.02$).

Las puntuaciones obtenidas por estas categorías (Tabla 71, Figura 39), muestran que la mayor puntuación para satisfacción extrínseca fue obtenida de nuevo por las enfermeras que trabajaban en el turno de “mañanas fijas” (mediana = 39.00; rango intercuartil = [32.00,45.00]), seguido por el “rotatorio de 7 semanas” (mediana = 33.00; rango intercuartil = [27.00,37.00]), el “rotatorio de 2 noches” (mediana = 32.00; rango intercuartil = [26.00,37.00]), la categoría “otras” (mediana = 31.00; rango intercuartil = [25.00,36.00]), el “rotatorio de 1 noche” (mediana = 29.00; rango intercuartil = [24.00,36.00]) y el “turno irregular” (mediana = 27.50; rango intercuartil = [22.00,37.00]). Las enfermeras trabajando en el “turno de noches fijas” son las que obtienen una menor puntuación en satisfacción intrínseca. (mediana = 25.00; rango intercuartil = [22.00,33.00]).

Tabla 73: Comparación por parejas entre las categorías de la variable modalidad de turno en función de sus puntuaciones para satisfacción extrínseca.

Modalidad de turno Muestra 1 – Muestra 2	Estadístico de contraste	Error	Desv. estadístico de contraste	Sig	Sig ajustada
Noches fijas-Irregular	-46.17	53.51	-0.86	0.39	1.00
Noches fijas-Rotatorio 1 noche	59.46	52.03	1.14	0.25	1.00
Noches fijas-Rotatorio 2 noches	78.88	49.95	1.58	0.11	1.00
Noches fijas-Otras	-67.94	50.60	-1.34	0.18	1.00
Noches fijas-Tardes fijas	-77.25	66.37	-1.16	0.24	1.00
Noches fijas-Rotatorio 7 semanas	74.26	55.97	1.32	0.18	1.00
Noches fijas-12 horas	-167.17	64.63	-2.59	0.01	0.35
Noches fijas-mañanas fijas	-176.69	49.76	-3.55	0.00	0.01
Irregular-Rotatorio 1 noche	13.28	29.52	0.45	0.65	1.00
Irregular-Rotatorio 2 noches	32.71	25.68	1.27	0.20	1.00
Irregular-Otras	-21.77	26.92	-0.81	0.42	1.00
Irregular-Tardes fijas	31.08	50.69	0.61	0.54	1.00
Irregular-Rotatorio 7 semanas	20.09	36.02	0.78	0.43	1.00
Irregular-12 horas	-120.99	48.39	-2.50	0.01	0.45
Irregular-Mañanas fijas	130.43	25.31	5.15	0.00	0.00
Rotatorio 1 noche-Rotatorio 2 noches	-19.43	22.43	-0.87	0.39	1.00
Rotatorio 1 noche-Otras	-8.49	23.84	-0.36	0.72	1.00
Rotatorio 1 noche-Tardes fijas	-17.79	49.13	-0.36	0.72	1.00
Rotatorio 1 noche-Rotatorio 7 semanas	-14.80	33.77	-0.44	0.66	1.00
Rotatorio 1 noche-12 horas	-107.71	46.74	-2.30	0.02	0.76
Rotatorio 1 noche-Mañanas fijas	-117.14	22.00	-5.32	0.00	0.00
Rotatorio 2 noches-Otras	10.94	18.88	0.58	0.56	1.00
Rotatorio 2 noches-Tardes fijas	1.63	46.92	0.03	0.97	1.00
Rotatorio de 2 noches-Rotatorio 7 semanas	4.62	30.48	0.15	0.88	1.00
Rotatorio 2 noches-12 horas	-88.28	44.42	-1.99	0.05	1.00
Rotatorio 2 noches-Mañanas fijas	-97.71	16.49	-5.92	0.00	0.00
Otras-Tardes fijas	9.31	47.61	0.19	0.84	1.00
Otras-Rotatorio 7 semanas	6.32	31.53	0.20	0.84	1.00
Otras-12 horas	99.22	45.15	2.20	0.03	1.00
Otras-Mañanas fijas	108.66	18.37	5.92	0.00	0.00
Tardes fijas-Rotatorio 7 semanas	-2.99	53.28	-0.06	0.95	1.00
Tardes fijas-12 horas	-89.92	62.32	-1.44	0.15	1.00
Tardes fijas-Mañanas fijas	99.35	46.72	2.13	0.03	1.00
Rotatorio 7 semanas-12 horas	-92.90	51.09	-1.82	0.07	1.00
Rotatorio 7 semanas-Mañanas fijas	-102.34	30.16	-3.39	0.00	0.02
12 horas-Mañanas fijas	9.43	44.20	0.21	0.83	1.00

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

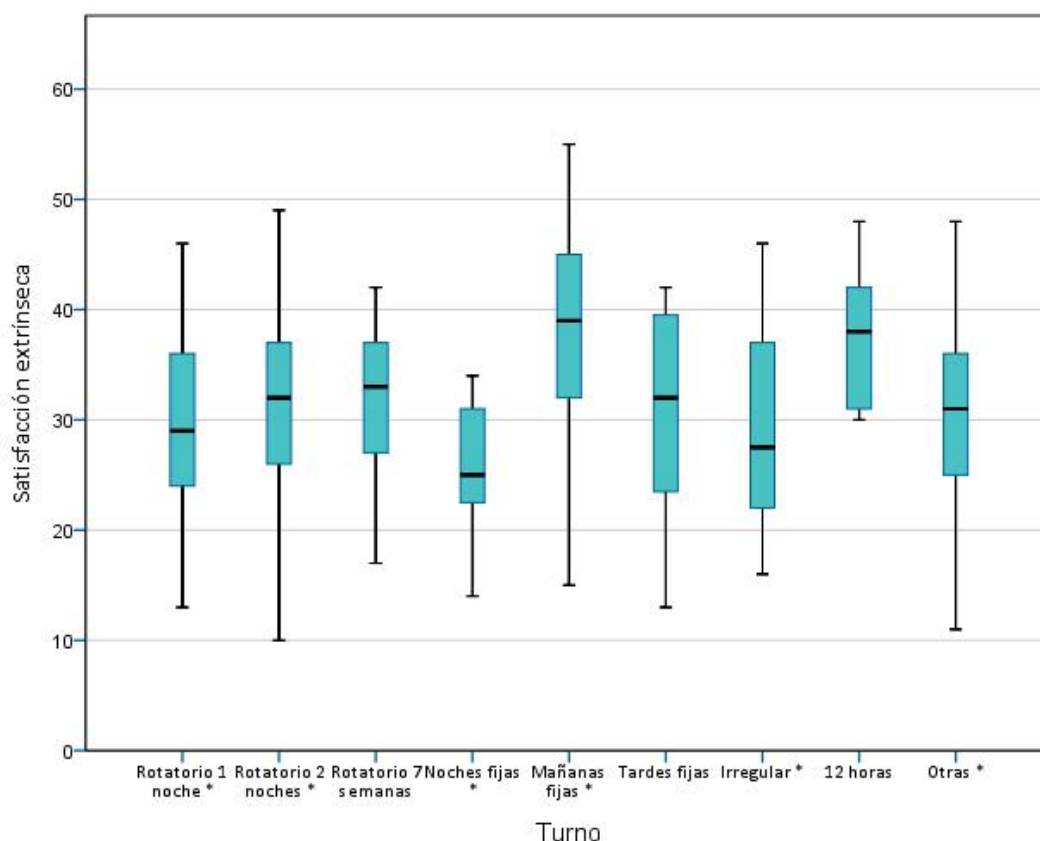


Figura 39: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción extrínseca en función de la modalidad de turno. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a la variable características del puesto (Tabla 74), al realizar el análisis post hoc entre las categorías que conforman dicha variable respecto a las puntuaciones que fueron obtenidas para satisfacción laboral se obtuvieron los siguientes resultados: en lo relativo a satisfacción general, hubo diferencias estadísticamente significativas entre la categorías “trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas” y las categorías “otros” ($p = 0.02$) y “trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas” ($p = 0.00$). En este caso, las enfermeras que trabajan en la misma planta con un turno regular son las que obtienen una puntuación más alta para satisfacción general (mediana = 64.00; rango intercuartil = [53.00, 77.00]). Las enfermeras que son movidas ocasionalmente a otras plantas muestran niveles de satisfacción laboral general (mediana = 52.50; rango intercuartil = [40.00, 66.00]). Las enfermeras que se sitúan en la categoría “otros” (no englobables en cualquiera de las otras categorías), son las que presentan una satisfacción laboral más baja (mediana = 47.00; rango intercuartil = [36.00, 59.00]) (Tabla 75).

En lo relativo a la satisfacción intrínseca (Tabla 76), las categorías entre las que se apreció una diferencia estadísticamente significativa fueron “trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas” y “trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas” ($p = 0.01$). En la

Tabla 75 se puede ver que las enfermeras con mayores niveles de satisfacción intrínseca, son las que trabajan en la misma planta con un turno regular y no son movidas a otras plantas (mediana = 30.00; rango intercuartil = [24.00, 38.00]).

Al centrar este análisis en la satisfacción extrínseca (Tabla 77), se observa que las categorías de la variable “características del puesto” que mostraron diferencias estadísticamente significativas entre sí: “trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas” mostró el mismo valor p con las categorías “trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas” y “otros” ($p = 0.00$). Como se puede observar en la Tabla 75, la tendencia en los niveles de satisfacción laboral se repite tal y como se daba en el caso de la satisfacción general, con las enfermeras que trabajan en la misma planta con un turno regular y sin ser movidas como las que más satisfacción extrínseca muestran, frente a la categoría otros, que muestra los niveles más bajos (mediana = 34.00; rango intercuartil = [28.00, 41.00] y mediana = 22.50; rango intercuartil = [18.00, 31.00] respectivamente).

Se ofrecen también la representación de dichas puntuaciones en diagramas de cajas simple, donde se puede ver la distribución de dichas puntuaciones en satisfacción general, satisfacción intrínseca y satisfacción extrínseca (Figuras 40, 41 y 42).

Tabla 74: Comparación por parejas entre las categorías de la variable características del puesto en función de sus puntuaciones para satisfacción general.

Características del puesto		Error	Desv. Est. contraste	Sig	Sig ajustada
Muestra 1 – Muestra 2		Estadístico de contraste			
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana		105.33	148.14	0.71	1.00
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas		116.33	135.23	0.86	1.00
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-Otros		-120.39	131.81	-0.91	1.00
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular		147.50	181.44	0.81	1.00
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas		155.01	129.40	1.20	1.00
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas		196.25	132.80	1.48	1.00
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-Trabajo en la misma planta con un turno regular, y no me mueven a otras plantas		229.39	128.49	1.78	1.00
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana		284.40	140.54	2.02	1.00
Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas		11.00	85.53	0.13	1.00
Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana-Otros		-15.06	80.01	-0.19	1.00
Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana-En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular		-42.17	148.14	-0.28	1.00
Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana-Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas		49.67	75.96	0.65	1.00
Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas		90.92	81.62	1.11	1.00
Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana-Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas		124.06	74.40	1.67	1.00
Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana		179.08	93.69	1.91	1.00
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Otros		-4.06	52.38	-0.08	1.00
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas-En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular		-31.17	135.23	-0.23	1.00
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas		38.67	45.96	0.84	1.00
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas		79.98	54.81	1.46	1.00
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas		113.06	43.34	2.61	0.33
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana		168.07	71.56	2.35	0.69
Otros-En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular		27.11	131.81	0.21	1.00
Otros-Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas		34.62	34.61	1.00	1.00
Otros-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas		75.86	45.72	1.66	1.00
Otros-Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas		109.00	31.04	3.51	0.00
Otros-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana		164.01	64.86	2.53	0.41
En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular-Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas		7.51	129.40	0.06	1.00
En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas		48.75	132.80	0.37	1.00
En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular-Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas		81.89	128.49	0.64	1.00
En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana		136.90	140.54	0.97	1.00
Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas		-41.24	38.20	-1.08	1.00
Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana		74.38	18.25	4.08	0.00
Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana		-129.39	59.80	-2.16	1.00
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas		33.14	35.00	0.95	1.00
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana		88.15	66.84	1.32	1.00
Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana		-55.01	57.80	-0.95	1.00

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

Tabla 75: Resultados para Overall Job Satisfaction Scale relacionados con la modalidad de turno

Características del puesto	Satisfacción general		Satisfacción intrínseca		Satisfacción extrínseca	
	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]		Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]		Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	
Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas	64.00[53.00,77.00]*		30.00[24.00,38.00]*		34.00[28.00,41.00]*	
Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas	52.50[40.00,66.00]*		24.50[18.00,32.00]*		29.50[22.00,34.00]*	
Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana	71.00[70.00,72.00]		37.00[30.00,37.00]		37.00[34.00,38.00]	
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas	60.50[41.00,73.00]		29.50[20.00,36.00]		31.50[23.00,39.00]	
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas	51.00[42.00,58.00]		22.00[20.00,30.00]		26.00[21.00,28.00]	
Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana	48.00[37.00,60.00]		22.00[15.00,31.00]		26.00[22.00,29.00]	
En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular	55.00[55.00,55.00]		24.00[24.00,24.00]		31.00[31.00,31.00]	
En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno irregular	28.00[28.00,28.00]		11.00[11.00,11.00]		17.00[17.00,17.00]	
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular	47.00[36.00,59.00]*		24.00[18.00,30.00]		22.50[18.00,31.00]*	
Otros						

Los resultados estadísticamente significativos de acuerdo a la prueba de ANOVA de un factor de Kruskal-Wallis son indicados con *.

Tabla 76: Comparación por parejas entre las categorías de la variable características del puesto en función de sus puntuaciones para satisfacción intrínseca.

Características del puesto						
Muestra 1 — Muestra 2						
	Estadistic o de contraste	Error	Desv. Est. contraste	Sig	Sig ajustada	
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana	119.50	148.09	0.81	0.42	1.00	
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas	132.56	135.18	0.98	0.33	1.00	
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-Otros	-140.17	131.76	-1.06	0.29	1.00	
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular	120.00	181.37	0.66	0.51	1.00	
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas	157.47	129.35	1.22	0.22	1.00	
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas	207.04	132.75	1.56	0.12	1.00	
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-Trabajo en la misma planta con un turno regular, y no me mueven a otras plantas	224.18	128.44	1.74	0.08	1.00	
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana	294.20	140.49	2.09	0.04	1.00	
Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas	13.06	85.50	0.15	0.89	1.00	
Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana-Otros	-20.67	79.98	-0.27	0.80	1.00	
Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana-En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular	-0.50	148.09	-0.00	1.00	1.00	
Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana-Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas	37.97	75.93	0.50	0.62	1.00	
Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas	87.54	81.59	1.07	0.28	1.00	
Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana-Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas	104.68	74.37	1.41	0.16	1.00	
Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana	174.70	93.76	1.86	0.06	1.00	
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Otros	-7.61	52.36	-0.14	0.88	1.00	
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas-En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular	12.56	135.18	0.09	0.93	1.00	
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas	24.91	45.95	0.54	0.59	1.00	
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas	74.48	54.79	1.36	0.17	1.00	
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas	91.62	43.32	2.11	0.03	1.00	
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana	161.64	71.53	2.26	0.02	0.86	
Otros-En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular	-20.17	131.76	0.15	0.88	1.00	
Otros-Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas	17.30	34.60	0.50	0.62	1.00	
Otros-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas	66.87	45.70	1.46	0.14	1.00	
Otros-Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas	84.01	31.03	2.71	0.24	0.10	
Otros-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana	154.03	64.83	2.38	0.02	0.63	
En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular-Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas	37.47	129.35	0.29	0.77	1.00	
En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas	87.04	132.75	0.66	0.51	1.00	
En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular-Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas	104.18	128.44	0.81	0.42	1.00	
En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana	174.20	140.49	1.24	0.21	1.00	
Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas	-49.57	38.19	-1.30	0.19	1.00	
Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas	66.71	18.24	3.66	0.00	0.01	
Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana	-136.73	49.77	-2.29	0.02	0.80	
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas	17.14	34.98	0.49	0.62	1.00	
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana	87.16	66.81	1.30	0.19	1.00	
Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana	-70.02	57.78	-1.21	0.23	1.00	

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

Tabla 77: Comparación por parejas entre las categorías de la variable características del puesto en función de sus puntuaciones para satisfacción extrínseca.

Características del puesto		Estadísti	Error	Dev.	Sig	Sig
Muestra 1 – Muestra 2		co de		Est.		ajustada
		contraste		contraste		
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana		83.50	148.09	0.56	0.57	1.00
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas		92.28	135.19	0.68	0.49	1.00
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-Otros		-96.31	131.76	-0.73	0.46	1.00
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular		166.50	181.37	0.92	0.36	1.00
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas		147.68	129.35	1.14	0.25	1.00
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas		176.14	132.75	1.33	0.18	1.00
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-Trabajo en la misma planta con un turno regular, y no me mueven a otras plantas		222.65	128.44	1.73	0.08	1.00
En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana		261.70	140.49	1.86	0.06	1.00
Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas		8.78	85.50	0.10	0.92	1.00
Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana-Otros		-12.81	79.98	-0.16	0.87	1.00
Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana-En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular		-83.00	148.09	-0.56	0.57	1.00
Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana-Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas		92.64	81.59	1.13	0.26	1.00
Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas		92.64	81.59	1.13	0.26	1.00
Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana-Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas		139.15	74.37	1.87	0.06	1.00
Trabajo en misma planta_turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana		178.20	93.66	1.90	0.06	1.00
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Otros		4.03	52.36	-0.08	0.94	1.00
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas-En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular		-74.22	135.19	-0.55	0.58	1.00
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas		55.40	45.95	1.21	0.23	1.00
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas		83.86	54.79	1.53	0.13	1.00
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas		130.38	43.32	3.01	0.00	0.09
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana		169.42	71.53	2.37	0.09	0.64
Otros-En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular		70.19	131.76	0.53	0.59	1.00
Otros-Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas		51.37	34.60	1.48	0.14	1.00
Otros-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas		79.84	45.70	1.75	0.08	1.00
Otros-Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas		126.35	31.03	4.07	0.00	0.00
Otros-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana		165.39	64.83	2.55	0.01	0.39
En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular-Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas		-18.82	129.35	-0.14	0.88	1.00
En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas		9.64	132.75	0.07	0.94	1.00
En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular-Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas		56.15	128.44	0.44	0.66	1.00
En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana		95.20	140.49	0.68	0.50	1.00
Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas		-28.46	38.19	-0.74	0.46	1.00
Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas		74.97	18.24	4.11	0.00	0.00
Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana		-114.02	59.77	-1.90	0.06	1.00
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas		46.51	34.98	1.33	0.18	1.00
Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana		85.56	66.82	1.28	0.20	1.00
Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas-Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana		-39.05	57.78	-0.68	0.50	1.00

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de : se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

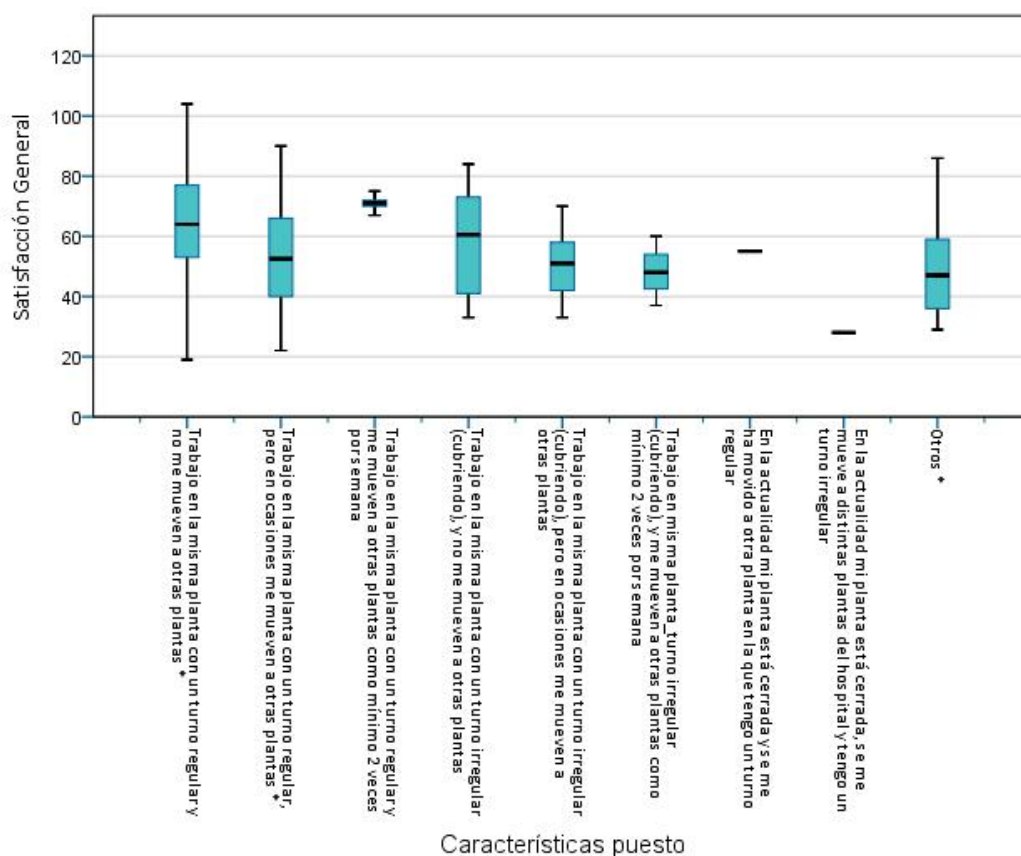


Figura 40: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción general en función de las características del puesto. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

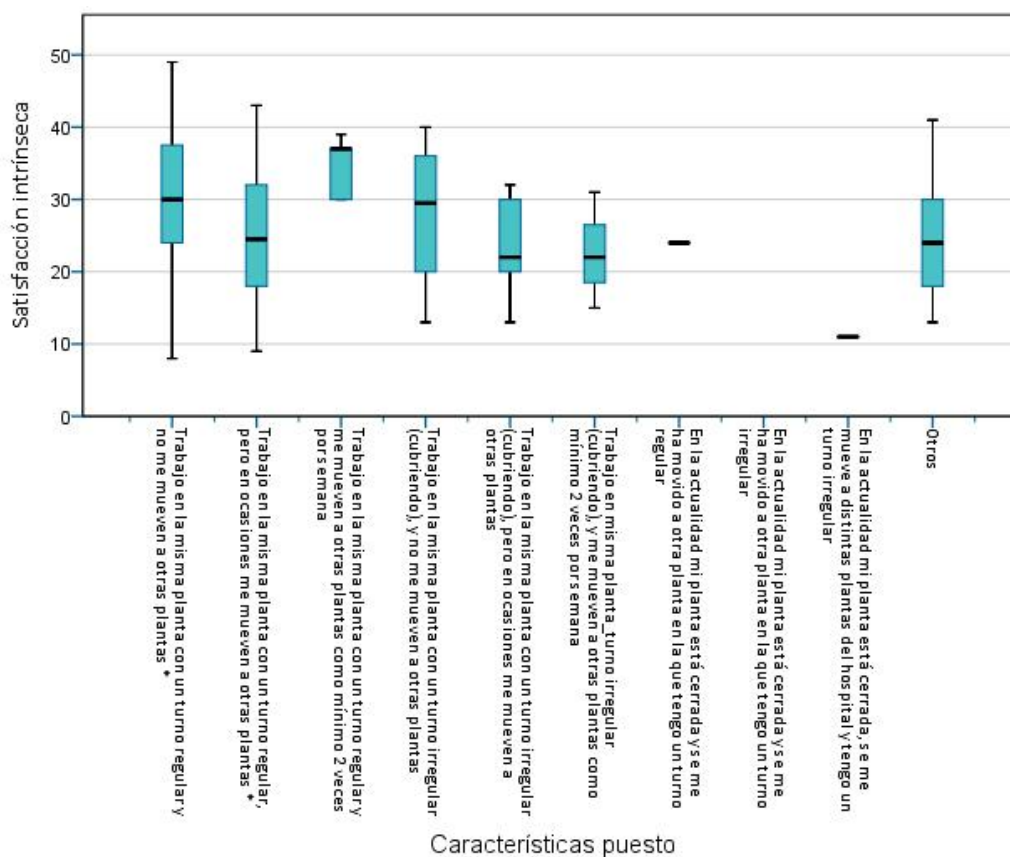


Figura 41: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción intrínseca en función de las características del puesto. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

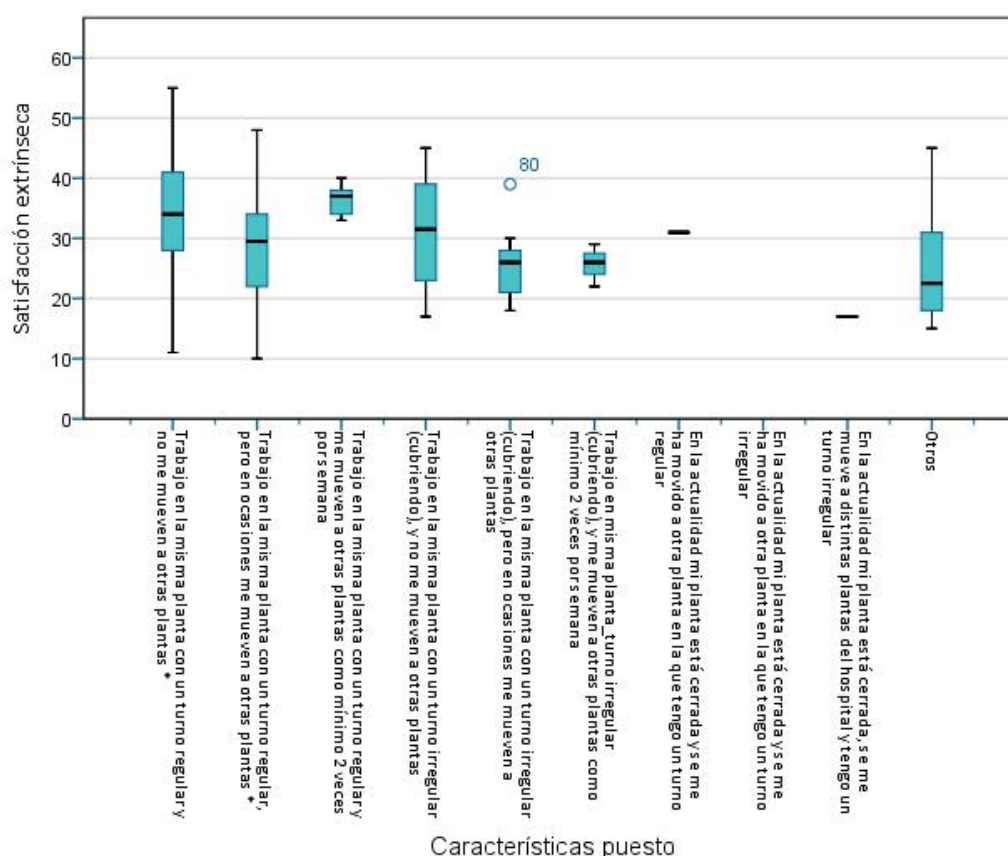


Figura 42: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción extrínseca en función de las características del puesto. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

Entre algunas categorías de la variable salario también se aprecian diferencias estadísticamente significativas tras el análisis *post hoc* en relación a la satisfacción laboral. Para la satisfacción general (Tabla 78), las diferencias aparecen entre las categorías cuyo salario está entre los 1500 y 2000 €/mes y entre 2000 y 2500 €/mes ($p = 0.00$). En este caso, la puntuación más alta es para la categoría de salario entre 2000 y 2500 €/mes (mediana = 68.00; rango intercuartil = [54.00,82.00]) (Tabla 79).

Tabla 78: Comparación por parejas entre las categorías de la variable salario en función de sus puntuaciones para satisfacción general.

Salario Muestra 1 – Muestra 2	Estadístico de contraste	Error	Desv. estadístico de contraste	Sig	Sig ajustada
Entre 1500 y 2000 €/mes – Menos de 1500 €/mes	1.60	18.38	0.09	0.93	1.00
Entre 1500 y 2000 €/mes – Entre 2000 y 2500 €/mes	-53.24	14.78	-3.60	0.00	0.00
Entre 1500 y 2000 €/mes – Más de 2500 €/mes	-233.61	91.04	-2.57	0.01	0.06
Menos de 1500 €/mes – Entre 2000 y 2500 €/mes	-51.64	20.95	-2.46	0.01	0.08
Menos de 1500 €/mes – Más de 2500 €/mes	-232.02	92.24	-2.51	0.01	0.07
Entre 2000 y 2500 €/mes – Más de 2500 €/mes	-180.38	91.59	-1.97	0.05	0.29

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

Tabla 79: Resultados para Overall Job Satisfaction Scale relacionados con el salario.

	Satisfacción general	Satisfacción intrínseca	Satisfacción extrínseca
	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]
Salario			
Menos de 1500 €/mes	59.00[48.00,73.00]	28.00[22.00,34.00]	33.00[26.00,38.00]*
Entre 1500 y 2000 €/mes	59.00[48.00,73.00]*	28.00[22.00,35.00]*	32.00[25.00,38.00]*
Entre 2000 y 2500 €/mes	68.00[54.00,82.00]*	32.00[25.00,38.00]*	36.00[28.00,44.00]*
Más de 2500 €/mes	99.50[99.00,100.00]	48.00[47.00,49.00]	51.50[51.00,52.00]

Los resultados estadísticamente significativos de acuerdo a la prueba de ANOVA de un factor de Kruskal-Wallis son indicados con *.

En la Tabla 80, se puede observar que en relación a la satisfacción intrínseca, las diferencias significativas vuelven a producirse entre las mismas categorías de salario que en el caso de la satisfacción general ($p = 0.02$), siendo de entre estos el mayor rango salarial el que obtiene una mayor satisfacción intrínseca (mediana = 32.00; rango intercuartil = [25.00,38.00]) (Tabla 79). Respecto a la satisfacción extrínseca (Tabla 81), también aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los rangos salariales de 1500-2000 €/mes y 2000-2500 €/mes ($p = 0.02$). En este caso, también existe una diferencia estadísticamente significativa entre las enfermeras que cobran menos de 1500 €/mes y las que cobran entre 2000 y 2500 €/mes ($p = 0.046$).

Tabla 80: Comparación por parejas entre las categorías de la variable salario en función de sus puntuaciones para satisfacción intrínseca.

Salario	Estadístico de	Error	Desv. estadístico de	Sig	Sig
Muestra 1 – Muestra 2	contraste		contraste		ajustada
Entre 1500 y 2000 €/mes – Menos de 1500 €/mes	1.23	18.37	0.07	0.95	1.00
Entre 1500 y 2000 €/mes – Entre 2000 y 2500 €/mes	-43.10	14.78	-2.92	0.00	0.02
Entre 1500 y 2000 €/mes – Más de 2500 €/mes	-230.45	91.01	-2.53	0.01	0.07
Menos de 1500 €/mes – Entre 2000 y 2500 €/mes	-41.86	20.94	-1.99	0.05	0.27
Menos de 1500 €/mes – Más de 2500 €/mes	-229.22	92.21	-2.49	0.01	0.08
Entre 2000 y 2500 €/mes – Más de 2500 €/mes	-187.35	91.56	-2.05	0.04	0.24

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

En cuanto a los niveles de satisfacción extrínseca (Tabla 79), el rango salarial que menos satisfacción sigue mostrando es el situado entre los 1500-2000 €/mes (mediana = 32.00; rango intercuartil = [25.00,38.00]), estando incluso por debajo de las enfermeras que cobran menos de 1500 €/mes (mediana = 33.00; rango intercuartil = [26.00,38.00]).

Tabla 81: Comparación por parejas entre las categorías de la variable salario en función de sus puntuaciones para satisfacción extrínseca.

Salario Muestra 1 – Muestra 2	Estadístico de contraste	Error	Desv. estadístico de contraste	Sig	Sig ajustada
Entre 1500 y 2000 €/mes – Menos de 1500 €/mes	3.20	18.37	0.17	0.86	1.00
Entre 1500 y 2000 €/mes – Entre 2000 y 2500 €/mes	-59.08	14.78	-3.99	0.00	0.00
Entre 1500 y 2000 €/mes – Más de 2500 €/mes	-233.94	91.01	-2.57	0.01	0.06
Menos de 1500 €/mes – Entre 2000 y 2500 €/mes	-55.88	20.94	-2.67	0.01	0.046
Menos de 1500 €/mes – Más de 2500 €/mes	-230.73	92.21	-2.50	0.01	0.07
Entre 2000 y 2500 €/mes – Más de 2500 €/mes	-174.85	91.56	-1.91	0.06	0.34

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

Se adjuntan también los diagramas de cajas simples que representan las puntuaciones en satisfacción laboral general, intrínseca y extrínseca en función del salario (Figuras 43, 44 y 45).

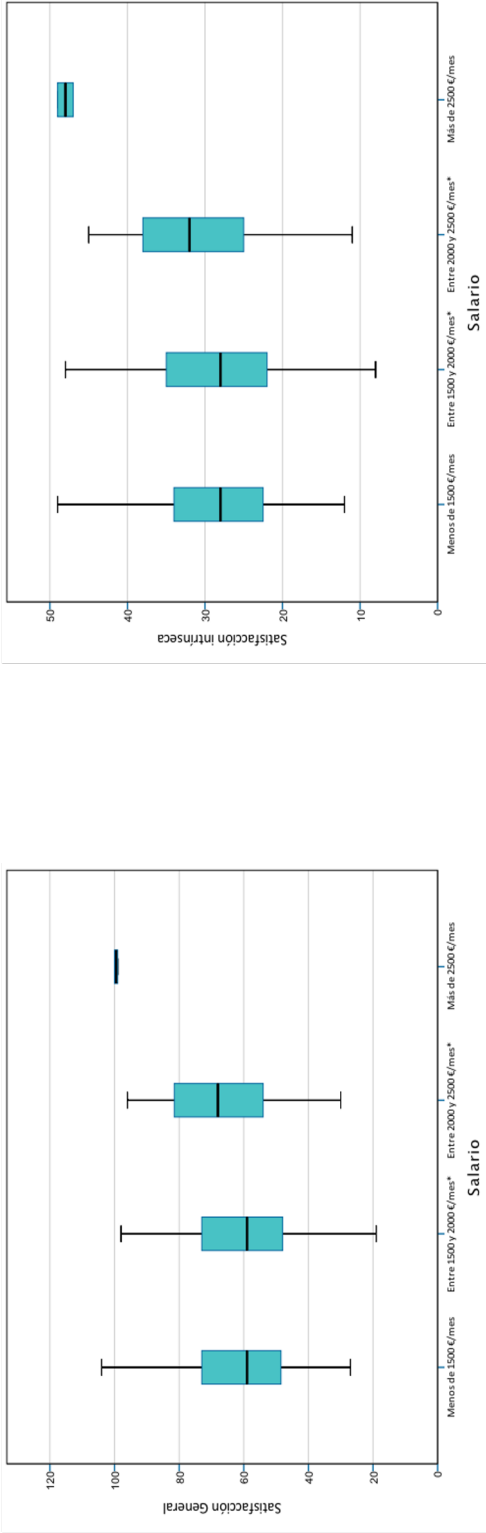


Figura 43: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción extrínseca en función de las características del puesto. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

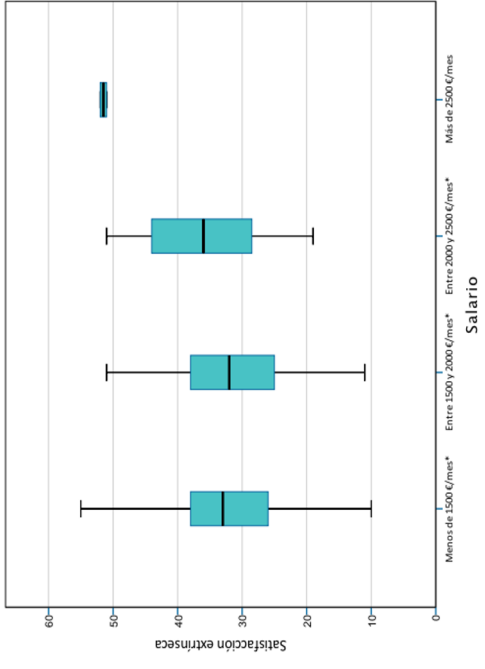


Figura 45: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en satisfacción extrínseca en función de las características del puesto. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

4.5.2.3. Análisis *post hoc* de las variables en función de las puntuaciones para UWES-17.

Una vez más, solo se han sometido a este análisis, aquellas variables que habían mostrado diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) respecto a las subescalas de UWES-17. En este caso, la hipótesis nula de partida fue: la distribución de las puntuaciones para las subescalas de UWES-17, entre las categorías de la variable es la misma. En la Tabla 82 se observa el resumen de las pruebas de hipótesis con los casos en los que si aparecen diferencias estadísticamente significativas entre las categorías, que llevan a rechazar la hipótesis nula. Las variables para las que se rechazó la hipótesis nula fueron: tipo de jornada respecto a vigor ($p = 0.01$) y dedicación ($p = 0.01$); cargo respecto a vigor ($p = 0.01$), dedicación ($p = 0.04$) y absorción ($p = 0.00$); tipo de servicio respecto a vigor ($p = 0.03$) y absorción ($p = 0.00$); tipo de turno respecto a vigor ($p = 0.02$) y absorción ($p = 0.00$). Se entiende, por lo tanto, que en estos casos aparecerán diferencias estadísticamente significativas entre las categorías de las variables.

A la hora de analizar estas diferencias en la variable tipo de jornada en relación al vigor (Tabla 83), se observan diferencias estadísticamente significativas entre las categorías “parcial ofertada” y las categorías “parcial solicitada” ($p = 0.01$) y “completa” ($p = 0.04$). En este caso, tal y como puede observarse en la Tabla 84 y Figura 46, son las enfermeras que trabajan a media jornada (ofertada) las que obtienen una mayor puntuación en vigor (mediana = 5.50; rango intercuartil = [4.83,5.83]), mientras que las enfermeras que trabajan a media jornada solicitada obtienen la puntuación más baja en vigor (mediana = 4.50; rango intercuartil = [4.00,5.17]). Los niveles de vigor de la categoría referida a la jornada completa se sitúan entre estas dos categorías (mediana = 5.00; rango intercuartil = [4.33,5.67]).

Tabla 82: Resumen de pruebas de hipótesis para las variables de tipo de jornada, cargo, tipo de servicio y modalidad de turno, en relación a sus puntuaciones para UWES-17.

Hipótesis nula	Categorías de tipo de jornada			Categorías de Cargo			Categorías de Tipo de Servicio			Categorías de modalidad de turno		
	Significación	Decisión	Significación	Significación	Decisión	Significación	Significación	Decisión	Significación	Significación	Decisión	Decisión
Misma distribución en	0.01	Rechazar	0.01	Rechazar	0.01	Rechazar	0.03	Rechazar	0.02	Rechazar		
Vigor entre las categorías		hipótesis nula		hipótesis nula		hipótesis nula		hipótesis nula		hipótesis nula		
Misma distribución en dedicación entre las categorías	0.01	Rechazar	0.04	Rechazar	0.04	Rechazar	0.23	Aceptar	0.08	Aceptar		
		hipótesis nula		hipótesis nula		hipótesis nula		hipótesis nula		hipótesis nula		
Misma distribución en absorción entre las categorías	0.14	Aceptar	0.00	Rechazar	0.00	Rechazar	0.005	Rechazar	0.00	Rechazar		
		hipótesis nula		hipótesis nula		hipótesis nula		hipótesis nula		hipótesis nula		

Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes. Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de 0.05.

Tabla 83: Comparación por parejas entre las categorías de la variable tipo de jornada en función de sus puntuaciones para vigor.

Tipo de jornada Muestra 1 – Muestra 2	Estadístico de contraste	Error	Desv. Estadístico de contraste	Sig	Sig ajustada
Parcial solicitada – Completa	38.49	24.63	1.56	0.12	0.35
Parcial solicitada – Parcial ofertada	-109.28	36.69	-2.98	0.00	0.01
Completa – Parcial ofertada	-70.79	28.67	-2.47	0.01	0.04

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

Tabla 84: Resultados para UWES-17 relacionados con el tipo de jornada.

Tipo de jornada	Vigor	Dedicación	Absorción
	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]
Completa	5.00[4.33,5.67]*	5.20[4.20,5.80]*	4.83[4.00,5.33]
Parcial solicitada	4.50[4.00,5.17]*	5.00[3.60,5.60]*	4.17[2.67,5.33]
Parcial ofertada	5.50[4.83,5.83]*	5.80[5.20,6.00]*	5.00[4.67,5.33]

Los resultados estadísticamente significativos de acuerdo a la prueba de ANOVA de un factor de Kruskal-Wallis son indicados con *

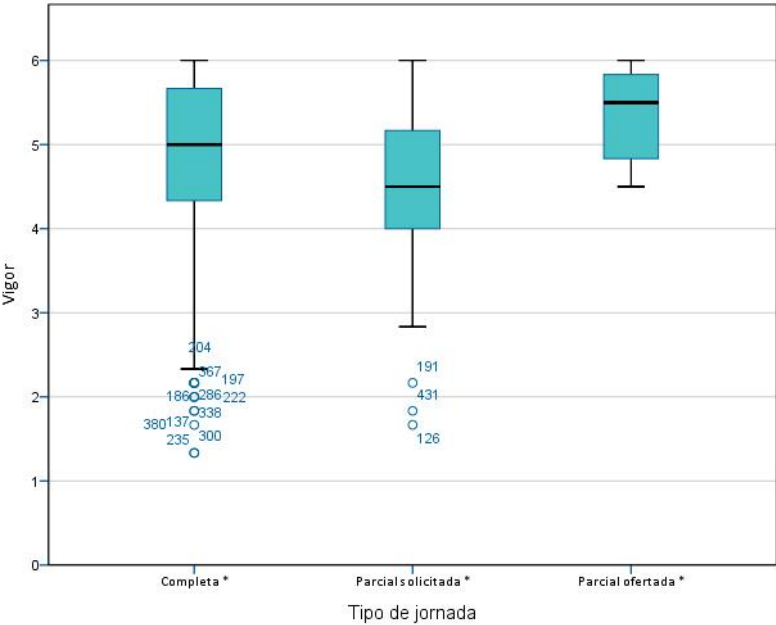


Figura 46: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en vigor en función del tipo de jornada.

En cuanto a los niveles de dedicación (Tabla 85) también se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la categoría de “parcial ofertada” y las categorías “parcial solicitada” ($p = 0.01$) y “completa” ($p = 0.03$). Respecto a los niveles de dedicación obtenidos por estas categorías (Tabla 84, Figura 47), se repite la tendencia vista al analizar el vigor: la categoría de jornada parcial ofertada es la que obtiene una mayor puntuación en dedicación (mediana = 5.80; rango intercuartil = [5.20,6.00]) y la

de jornada parcial solicitada obtiene la más baja (mediana = 5.00; rango intercuartil = [3.60,5.60]), quedando la jornada completa con niveles situados entre estas dos (mediana = 5.20; rango intercuartil = [4.20,5.80]) (Figura 47).

Tabla 85: Comparación por parejas entre las categorías de la variable tipo de jornada en función de sus puntuaciones para dedicación.

Tipo de jornada Muestra 1 – Muestra 2	Estadístico de contraste	Error	Desv. estadístico de contraste	Sig	Sig ajustada
Parcial solicitada - Completa	33.44	24.56	1.36	0.17	0.52
Parcial solicitada – Parcial ofertada	-106.47	36.57	-2.91	0.00	0.01
Completa – Parcial ofertada	-73.03	28.58	-2.55	0.01	0.03

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

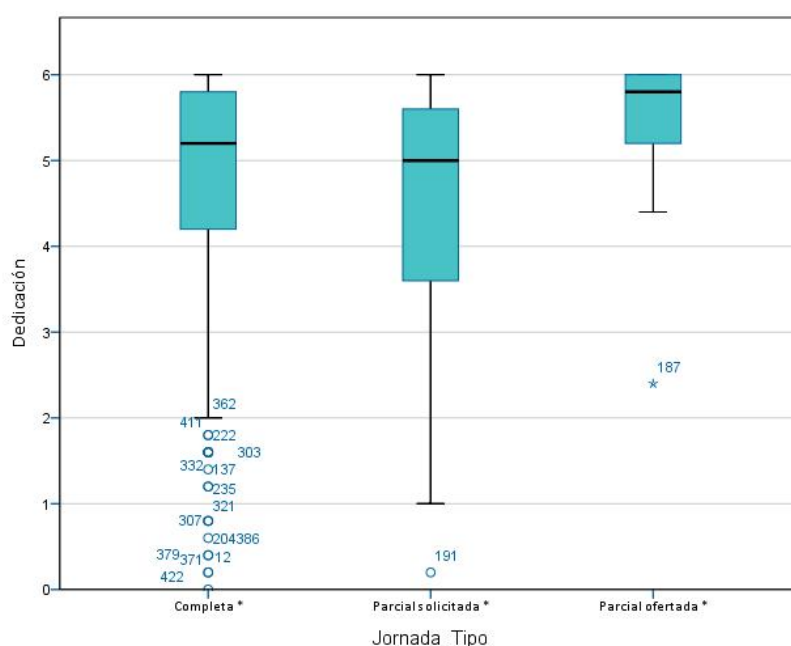


Figura 47: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en dedicación en función del tipo de jornada. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 86: Comparación por parejas entre las categorías de la variable cargo en función de sus puntuaciones para absorción.

Cargo Muestra 1 – Muestra 2	Estadístico de contraste	Error	Desv. estadístico de contraste	Sig	Sig ajustada
Otros – Enfermera/o	-16.72	52.73	0.32	0.75	1.00
Otros – EIR	100.29	82.68	1.21	0.23	1.00
Otros – Supervisor/a	52.14	54.62	0.95	0.34	1.00
Otros – Dirección/gestión	68.08	64.01	1.06	0.29	1.00
Enfermera/o – EIR	-116.93	64.41	-1.82	0.07	0.69
Enfermera/o – Supervisor/a	-68.86	17.17	-4.01	0.00	0.00
Enfermera/o – Dirección/gestión	-84.81	37.60	-2.26	0.02	0.24
EIR - Supervisora	-48.07	65.96	-0.73	0.47	1.00
EIR –Dirección/gestión	-32.12	73.96	-0.43	0.66	1.00
Supervisor/a-Dirección/gestión	-15.95	40.20	-0.40	0.69	1.00

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

Respecto a la variable cargo (Tabla 86), aunque en el resumen de la prueba de hipótesis se rechaza la hipótesis nula para las tres dimensiones del *work engagement* (Tabla 82), a la hora del análisis *post hoc* solo aparece un resultado significativo en relación a la absorción. La diferencia se observa entre las categorías “enfermera/o” y “supervisor/a” ($p = 0.00$), siendo esta última categoría la que mayores niveles de absorción obtiene (mediana = 5.17; rango intercuartil = [4.67,5.67]) (Tabla 87, Figura 48).

Tabla 87: Resultados para UWES-17 relacionados con el cargo.

Cargo	Vigor	Dedicación	Absorción
	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]
Enfermera/o	5.00[4.17,5.50]	5.20[4.00,5.80]	4.82[3.83,5.33]*
Supervisor/a	5.33[4.67,5.83]	5.40[4.60,5.80]	5.17[4.67,5.67]*
Dirección/gestión	5.17[4.50,5.67]	5.80[5.00,6.00]	5.00[4.92,5.83]
EIR	5.92[5.58,6.00]	5.80[5.30,5.90]	5.50[5.08,5.67]
Otros	5.08[4.00,5.67]	5.60[5.20,6.00]	4.75[4.67,5.00]

Los resultados estadísticamente significativos de acuerdo a la prueba de ANOVA de un factor de Kruskal-Wallis son indicados con *

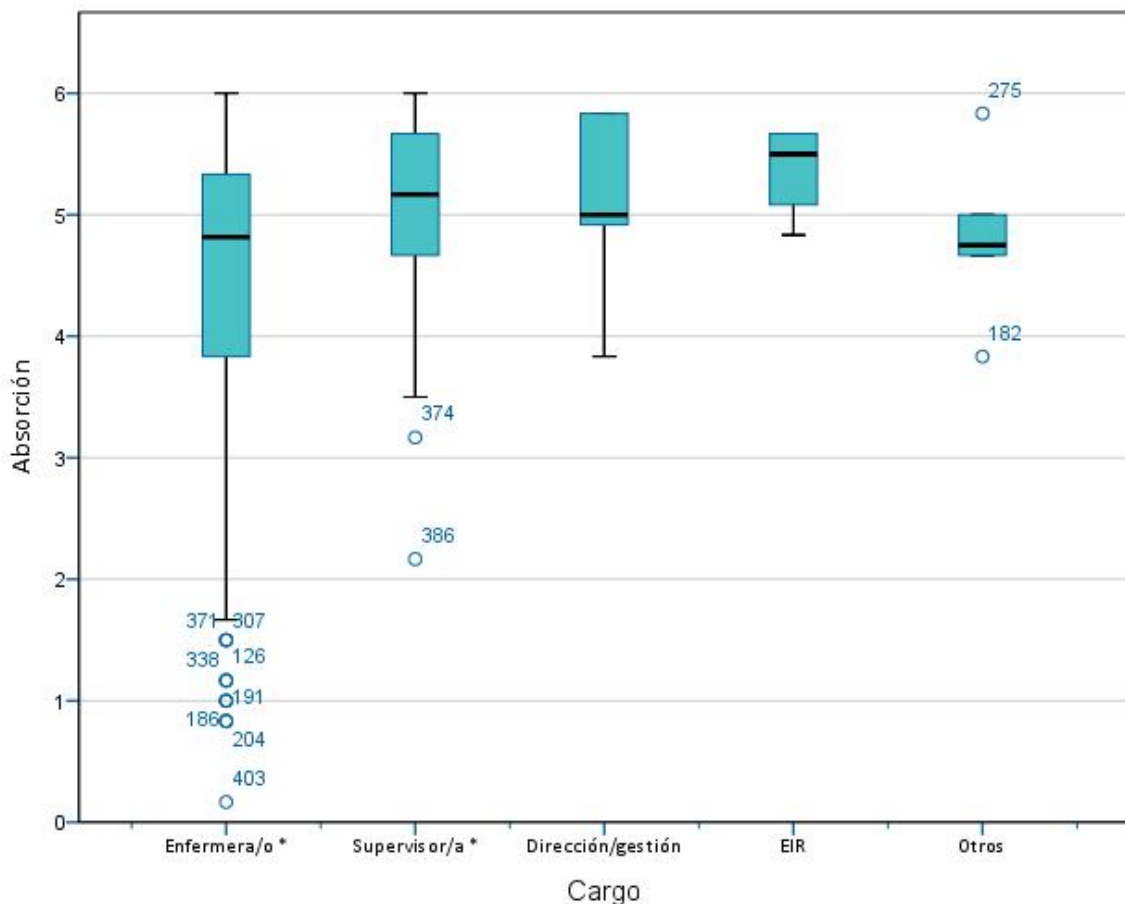


Figura 48: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en absorción en función del tipo de cargo. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 88: Comparación por parejas entre las categorías de la variable tipo de servicio en función de sus puntuaciones para absorción.

Tipo de Servicio Muestra 1 – Muestra 2	Estadístico de contraste	Error	Desv. Est. contraste	Sig	Sig ajustada
S. Mixtos – S. Quirúrgicos	-26.02	29.79	-0.87	0.38	1.00
S. Mixtos – S. Médicos	-14.53	26.34	-0.55	0.58	1.00
S. Mixtos – S. Generales Clínico	21.55	41.53	0.52	0.60	1.00
S. Mixtos - EIR	-100.14	68.80	-1.46	0.14	1.00
S. Mixtos - otros	-60.83	43.51	-1.40	0.16	1.00
S. Mixtos - supervisora	-42.96	30.00	-1.43	0.15	1.00
S. Quirúrgicos – S. Médicos	11.48	17.87	0.64	0.52	1.00
S. Quirúrgicos – S. Generales Clínicos	-47.57	36.75	-1.29	0.19	1.00
S. Quirúrgicos – EIR	-126.16	66.02	-1.91	0.06	1.00
S. Quirúrgicos – Otros	-86.85	38.97	-2.23	0.03	0.54
S. Quirúrgicos – Supervisoras	-68.98	22.92	-3.01	0.00	0.05
S. Médicos – S. Generales Clínicos	-36.09	34.01	-1.06	0.29	1.00
S. Médicos - EIR	-114.68	64.54	-1.78	0.08	1.00
S. Médicos - Otros	-75.36	36.40	-2.07	0.04	0.81
S. Médicos - Supervisoras	-57.50	18.22	-3.16	0.00	0.03
S. Generales Clínicos – EIR	-78.59	72.08	-1.09	0.28	1.00
S. Generales Clínicos – Otros	-39.27	48.54	-0.81	0.42	1.00
S. Generales Clínicos - Supervisoras	-21.41	36.92	-0.58	0.56	1.00
EIR – Otros	39.32	73.24	0.54	0.59	1.00
EIR – Supervisoras	-57.18	66.11	-0.86	0.39	1.00
Otros-Supervisoras	-17.86	39.13	-0.46	0.65	1.00

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

Tabla 89: Resultados para UWES-17 relacionados con el tipo de servicio.

Tipo de servicio	Vigor	Dedicación	Absorción
	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]
S. Médicos	5.00[4.33,5.67]	5.20[4.20,5.80]	4.83[4.00,5.33]*
S. Quirúrgicos	4.83[4.17,5.33]	4.90[4.00,5.60]	4.67[3.83,5.17]
S. Generales Clínicos	5.50[4.67,5.83]	5.40[2.40,5.80]	5.33[3.00,5.67]
S. Mixtos	4.67[3.67,5.67]	5.00[3.20,5.80]	4.92[4.00,5.50]
Supervisora	5.33[4.50,5.67]	5.20[4.60,5.80]	5.00[4.50,5.67]*
EIR	5.92[5.58,6.00]	5.80[5.30,5.90]	5.50[5.08,5.67]
Otros	5.00[4.67,5.83]	5.60[5.00,6.00]	5.00[5.00,5.83]

Los resultados estadísticamente significativos de acuerdo a la prueba de ANOVA de un factor de Kruskal-Wallis son indicados con *.

Para finalizar el análisis *post hoc*, la dimensión absorción es la única en la que se observan diferencias estadísticamente significativas, entre categorías de “tipo de servicio” (Tabla 88) y de “modalidad de turno” (Tabla 90). En “tipo de servicio” se aprecian diferencias entre las enfermeras trabajando en servicios médicos y las supervisoras ($p = 0.03$), obteniendo las supervisoras una mayor puntuación en absorción (mediana = 5.00; rango intercuartil = [4.50,5.67]) (Tabla 89, Figura 49).

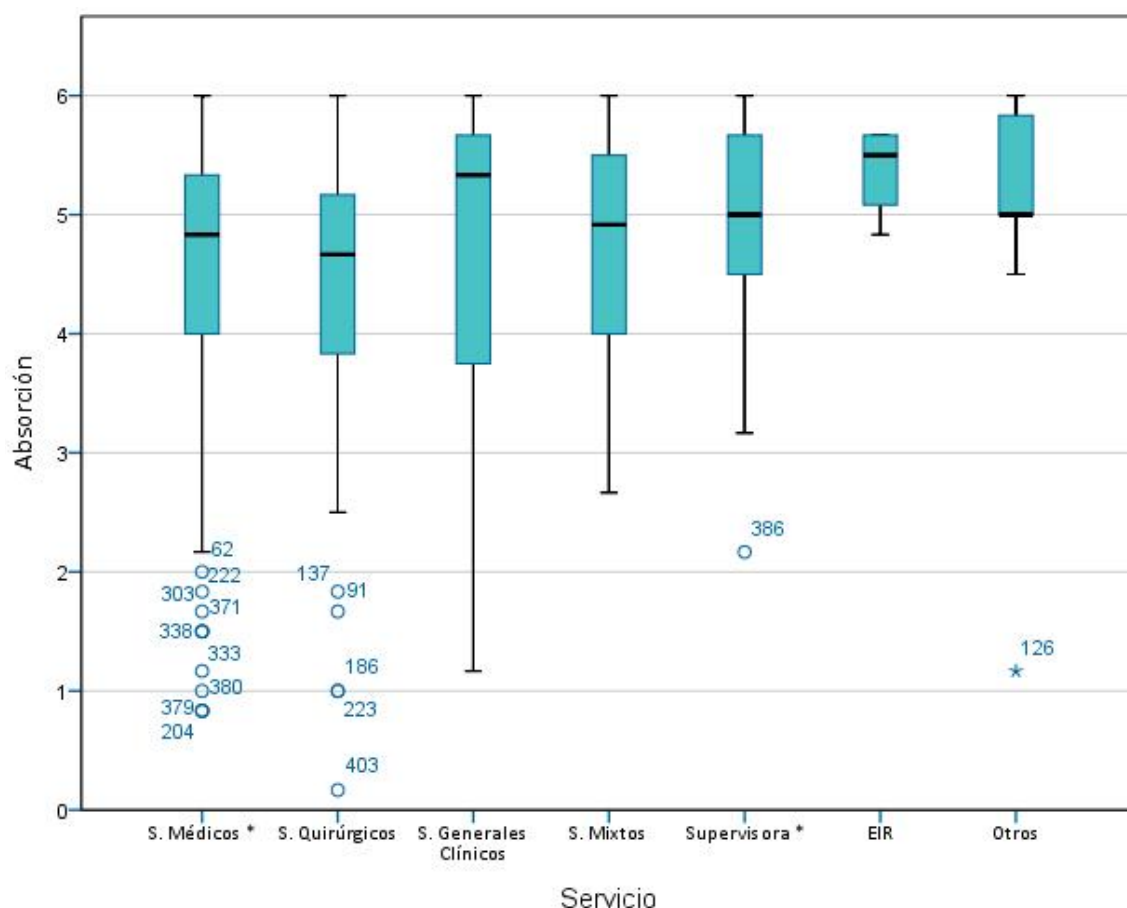


Figura 49: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en absorción en función del tipo de servicio. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

Respecto a la variable “modalidad de turno” (Tablas 90 y 91) las diferencias estadísticamente significativas en relación a absorción, se dieron entre las categorías “mañanas fijas” y “rotatorio de 2 noches” ($p = 0.00$). En este caso, la puntuación más alta entre estas dos categorías es obtenida por las enfermeras trabajando en el turno de mañanas fijas (mediana = 5.00; rango intercuartil = [4.33, 5.67]) (Tabla 90, Figura 50).

Tabla 90: Resultados para UWES-17 relacionados con la modalidad de turno.

Modalidad de turno	Vigor	Dedicación	Absorción
	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]	Mediana [P ₂₅ ,P ₇₅]
Rotatorio 1 noche	5.00 [4.17,5.67]	5.00[4.40,5.80]	4.92[3.83,5.67]
Rotatorio 2 noches	5.00[4.33,5.50]	5.20[4.00,5.80]	4.67[3.83,5.17]*
Rotatorio 7 semanas	5.00[3.83,5.33]	5.20[4.00,5.40]	4.67[4.00,5.50]
Noches fijas	4.40[3.50,5.00]	3.80[3.20,4.40]	3.50[2.50,5.00]
Mañanas fijas	5.33[4.67,5.67]	5.30[4.80,6.00]	5.00[4.33,5.67]*
Tardes fijas	4.08[3.33,5.75]	5.60[4.60,6.00]	4.50[3.25,5.50]
Irregular	4.92[4.25,5.58]	5.50[4.50,5.80]	4.83[4.00,5.42]
12 horas	5.17[5.17,5.83]	5.20[4.80,5.80]	5.17[4.83,5.50]
Otras	4.83[4.00,5.50]	5.00[4.00,5.80]	4.83[3.67,5.33]

Los resultados estadísticamente significativos de acuerdo a la prueba de ANOVA de un factor de Kruskal-Wallis son indicados con *

Tabla 91: Comparación por parejas entre las categorías de la variable modalidad de turno en función de sus puntuaciones para absorción.

Modalidad de turno Muestra 1 – Muestra 2	Estadístico de contraste	Error	Desv. estadístico de contraste	Sig	Sig ajustada
Noches fijas-Irregular	-62.39	53.45	-1.17	0.24	1.00
Noches fijas-Rotatorio 1 noche	70.16	51.97	1.35	0.18	1.00
Noches fijas-Rotatorio 2 noches	30.63	49.89	0.61	0.54	1.00
Noches fijas-Otras	-55.63	50.54	-1.10	0.27	1.00
Noches fijas-Tardes fijas	-39.20	66.29	-0.59	0.55	1.00
Noches fijas-Rotatorio 7 semanas	54.59	55.90	0.98	0.33	1.00
Noches fijas-12 horas	-121.53	64.55	-1.88	0.06	1.00
Noches fijas-mañanas fijas	-100.94	49.70	-2.03	0.04	1.00
Irregular-Rotatorio 1 noche	7.77	29.49	0.26	0.79	1.00
Irregular-Rotatorio 2 noches	-31.76	25.65	-1.24	0.22	1.00
Irregular-Otras	6.76	26.89	0.25	0.80	1.00
Irregular-Tardes fijas	-23.18	50.63	-0.46	0.65	1.00
Irregular-Rotatorio 7 semanas	-7.80	35.97	-0.22	0.83	1.00
Irregular-12 horas	-59.14	48.33	-1.22	0.22	1.00
Irregular-Mañanas fijas	38.55	25.28	1.52	0.13	1.00
Rotatorio 1 noche-Rotatorio 2 noches	39.53	22.40	1.76	0.08	1.00
Rotatorio 1 noche-Otras	14.53	23.81	0.61	0.54	1.00
Rotatorio 1 noche-Tardes fijas	30.96	49.07	0.63	0.53	1.00
Rotatorio 1 noche-Rotatorio 7 semanas	15.57	33.73	0.46	0.64	1.00
Rotatorio 1 noche-12 horas	-51.37	46.69	-1.10	0.27	1.00
Rotatorio 1 noche-Mañanas fijas	-30.78	21.97	-1.40	0.16	1.00
Rotatorio 2 noches-Otras	-24.99	18.86	-1.33	0.18	1.00
Rotatorio 2 noches-Tardes fijas	-8.57	46.86	-0.18	0.85	1.00
Rotatorio de 2 noches-Rotatorio 7 semanas	-23.96	30.44	-0.79	0.43	1.00
Rotatorio 2 noches-12 horas	-90.90	44.37	-2.05	0.04	1.00
Rotatorio 2 noches-Mañanas fijas	-70.31	16.47	-4.27	0.00	0.00
Otras-Tardes fijas	-16.42	47.55	-0.34	0.73	1.00
Otras-Rotatorio 7 semanas	-1.03	31.49	-0.03	0.97	1.00
Otras-12 horas	65.90	45.09	1.46	0.14	1.00
Otras-Mañanas fijas	45.31	18.35	2.47	0.01	0.49
Tardes fijas-Rotatorio 7 semanas	15.39	53.22	0.29	0.77	1.00
Tardes fijas-12 horas	-82.33	62.24	-1.32	0.19	1.00
Tardes fijas-Mañanas fijas	61.74	46.66	1.32	0.19	1.00
Rotatorio 7 semanas-12 horas	-66.94	51.03	-1.31	0.19	1.00
Rotatorio 7 semanas-Mañanas fijas	-46.35	30.13	-1.54	0.12	1.00
12 horas-Mañanas fijas	-20.59	44.15	-0.47	0.64	1.00

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es 0.05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

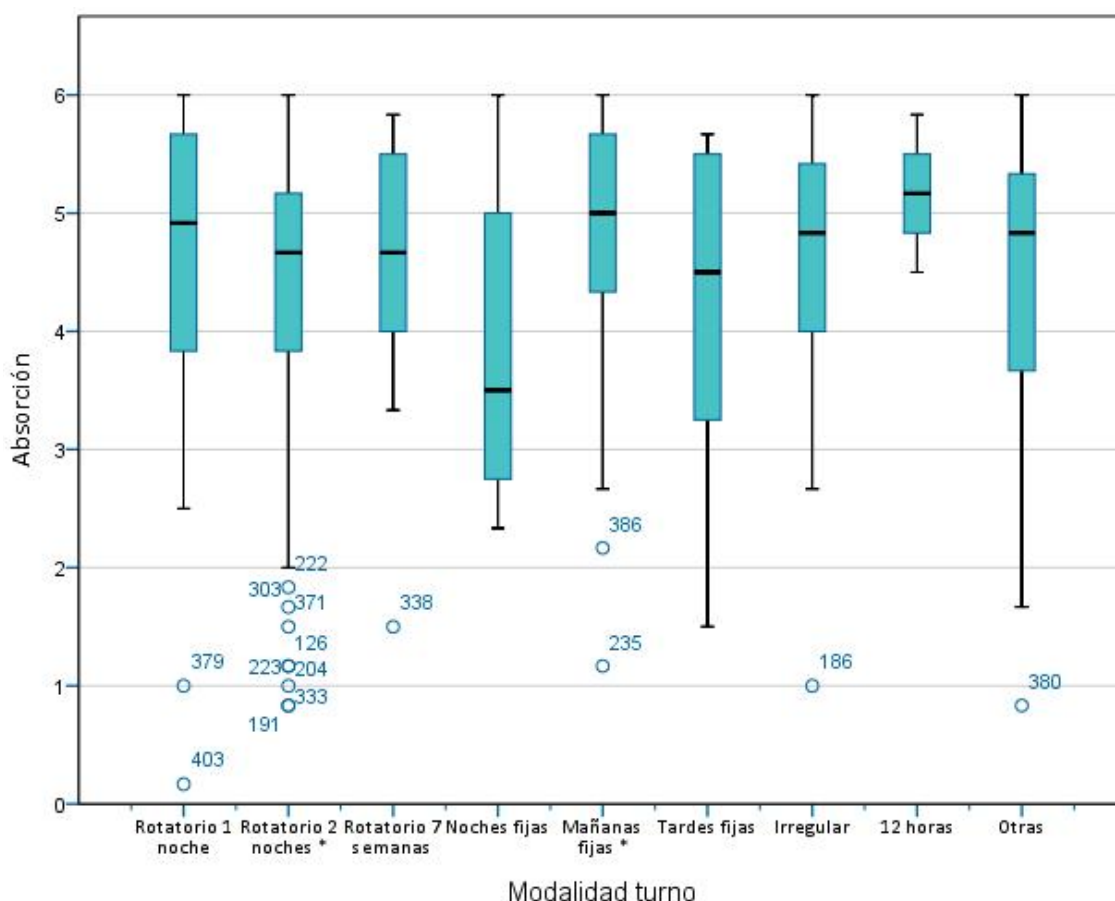


Figura 50: Diagrama de cajas simple sobre las puntuaciones en absorción en función de la modalidad de turno. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

4.6. Análisis de regresión lineal múltiple

Para saber si las dimensiones que forman parte de la satisfacción laboral y del *work engagement* influyen en las medidas obtenidas mediante el GHQ-28, se ha realizado un análisis de regresión lineal múltiple por pasos hacia atrás. De esta forma, se pretende determinar si pueden ofrecerse predicciones acerca de los niveles de salud general (síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión) en función de los niveles de satisfacción laboral y *work engagement*. Es decir, cuanto explican el *engagement* y la satisfacción laboral de las dimensiones estudiadas de salud (en qué porcentaje están influyendo sobre su variabilidad).

En primer lugar se ha procedido a realizar un análisis sobre la puntuación total de GHQ-28 (obtenida mediante el método Likert). Este análisis de regresión lineal múltiple por pasos hacia atrás, nos ha ofrecido los resultados mostrados en la Tabla 92.

Como se puede observar en la Tabla 92, aparece un único modelo que incluye a las variables satisfacción intrínseca y extrínseca, vigor, dedicación y absorción, excluyendo a la satisfacción general. Dentro de las variables incluidas en este modelo, la absorción es la que explica una mayor variabilidad ($B = 0.51$; $t = 8.28$; $p = 0.00$) (Tabla 93).

Tabla 92: Modelo obtenido por regresión lineal múltiple tomando al total de GHQ-28 como variable dependiente

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	0.64 ^a	0.41	0.40	9.90

a. Predictores: (Constante), Absorción, Satisfacción extrínseca, Vigor, Dedicación, Satisfacción intrínseca.

Tabla 93: Coeficientes Beta de las variables independientes obtenidos para el modelo

Modelo		Coeficientes ^a			t	Sig.
		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Desv. Error	Beta		
1	(Constante)	50.28	2.45		20.49	0.00
	Satisfacción intrínseca	-0.25	0.11	-0.18	-2.24	0.02
	Satisfacción extrínseca	-0.36	0.10	-0.26	-3.52	0.00
	Vigor	-3.30	0.82	-0.26	-4.04	0.00
	Dedicación	-3.76	0.66	-0.39	-5.70	0.00
	Absorción	5.87	0.71	0.51	8.28	0.00

a. Variable dependiente: GHQ-28 (puntuación total de la escala).

En el caso de los coeficientes estandarizados B del resto de variables (Tabla 93), puede observarse que se obtienen valores negativos, siendo el mayor de estos el de dedicación ($B = -0.39$; $t = -5.70$; $p = 0.00$). Como se puede observar, este modelo explica el 40% (R^2 ajustada = 0.40) de la variabilidad o varianza de la puntuación total obtenida para GHQ-28 mediante el método Likert. Por lo tanto, a medida que las puntuaciones de absorción son más elevadas, mayor lo es también para GHQ-28. En la Tabla 94 se muestran las variables excluidas del modelo.

Tabla 94: Variables excluidas durante el análisis de regresión lineal múltiple por pasos hacia atrás.

Modelo		Variables excluidas ^a				Estadísticas de colinealidad Tolerancia
		En beta	t	Sig.	Correlación parcial	
1	Satisfacción General	. ^b	.	.	.	0.00

a. Variable dependiente: GHQ-28 (puntuación total de la escala). b. Predictores en el modelo: (Constante), Absorción, Satisfacción extrínseca, Vigor, Dedicación, Satisfacción intrínseca.

Al centrar el análisis de regresión lineal múltiple sobre cada una de las subescalas de GHQ-28 como variables dependientes, también se han obtenido modelos predictivos para cada subescala. En primer lugar se tomó como variable dependiente la subescala síntomas somáticos, obteniéndose los modelos, resultados y variables excluidas que se observan en las Tablas 95, 96 y 97.

Tabla 95: Modelo obtenido por regresión lineal múltiple tomando la subescala de síntomas somáticos como variable dependiente

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	0.55 ^a	0.30	0.29	3.65
2	0.55 ^b	0.30	0.30	3.64

a. Predictores: (Constante), Absorción, Satisfacción extrínseca, Vigor, Dedicación, Satisfacción intrínseca. b. Predictores: (Constante), Absorción, Satisfacción extrínseca, Vigor, Dedicación.

En este caso, se ofrecen 2 modelos (Tabla 96) siendo el modelo 2 (con la satisfacción laboral general y la intrínseca como variables excluidas) el que obtiene un mayor R^2 ajustado (0.30), explicando por lo tanto el 30% de la variabilidad o varianza en las puntuaciones de síntomas somáticos. En este caso la absorción también aparece como la variable que más explica esta variabilidad ($B = 0.42$; $t = 6.30$; $p = 0.00$) (Tabla 96), entendiéndose que a mayor puntuación en absorción, se obtendrá mayor puntuación en síntomas somáticos. En este caso es la satisfacción intrínseca, la que ofrece un mayor valor negativo para el coeficiente beta estandarizado ($B = -0.33$; $t = -6.84$; $p = 0.00$).

Tabla 96: Coeficientes Beta de las variables independientes obtenidos para los modelos

Modelo		Coeficientes ^a			t	Sig.
		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados Beta		
		B	Desv. Error			
1	(Constante)	15.89	0.90		17.50	0.00
	Satisfacción intrínseca	0.00	0.04	0.00	0.01	0.99
	Satisfacción extrínseca	-0.16	0.04	-0.33	-4.13	0.00
	Vigor	-1.33	0.30	-0.31	-4.43	0.00
	Dedicación	-0.97	0.24	-0.30	-3.98	0.00
	Absorción	1.64	0.26	0.42	6.30	0.00
2	(Constante)	15.82	0.88		17.93	0.00
	Satisfacción extrínseca	-0.16	0.02	-0.33	-6.84	0.00
	Vigor	-1.33	0.30	-0.31	-4.44	0.00
	Dedicación	-0.97	0.24	-0.30	-4.11	0.00
	Absorción	1.64	0.26	0.42	6.30	0.00

a. Variable dependiente: Síntomas somáticos.

Tabla 97: Variables excluidas durante el análisis de regresión lineal múltiple por pasos hacia atrás.

Modelo		Variables excluidas ^a				
		En beta	t	Sig.	Correlación parcial	Estadísticas de colinealidad Tolerancia
1	Satisfacción General	. ^b	.	.	.	0.00
2	Satisfacción General	0.00 ^c	0.01	0.99	0.00	0.06
	Satisfacción intrínseca	0.00 ^c	0.01	0.99	0.00	0.21

a. Variable dependiente: Síntomas somáticos. b. Predictores en el modelo: (Constante), Absorción, Satisfacción extrínseca, Vigor, Dedicación, Satisfacción intrínseca. c. Predictores en el modelo: (Constante), Absorción, Satisfacción extrínseca, Vigor, Dedicación.

Teniendo en cuenta como variable dependiente la ansiedad-insomnio, también se obtuvieron dos modelos (Tablas 98 y 99). En este caso el modelo 1, cuyos predictores son absorción, satisfacción extrínseca, vigor, dedicación y satisfacción intrínseca, muestra un R^2 ajustado = 0.31, mayor que el modelo 2 (R^2 ajustado = 0.30), el cual incluye las mismas variables, a excepción de la satisfacción intrínseca. No obstante, en este caso, al centrarse en la satisfacción intrínseca en el modelo 1, se puede ver que la significación estadística de dicha variable es >0.05 ($p = 0.10$) (Tabla 99). Por este motivo se decide escoger directamente el modelo 2 aunque el valor de R^2 ajustado sea ligeramente menor, ya que excluye directamente esta variable (Tabla 99). Por lo tanto, el modelo 2 explica el 31% de la variabilidad o varianza de las puntuaciones obtenidas en ansiedad-insomnio. Dentro de este modelo, la absorción vuelve a ser la variable que más explica estas puntuaciones ($B = 0.48$; $t = 7.11$; $p = 0.00$). De este modo, a mayor absorción, mayor puntuación en ansiedad-insomnio. El resto de variables de este modelo, también presentan valores negativos, siendo la satisfacción extrínseca la que presenta una mayor puntuación dentro de dichos valores ($B = -0.39$; $t = -8.31$; $p = 0.00$). En la Tabla 100 se observan las variables excluidas de los modelos.

Tabla 98: Modelo obtenido por regresión lineal múltiple tomando la subescala de ansiedad-insomnio como variable dependiente.

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	0.56 ^a	0.31	0.31	4.19
2	0.56 ^b	0.31	0.30	4.20

a. Predictores: (Constante), Absorción, Satisfacción extrínseca, Vigor, Dedicación, Satisfacción intrínseca. b. Predictores: (Constante), Absorción, Satisfacción extrínseca, Vigor, Dedicación

Tabla 99: Coeficientes Beta de las variables independientes obtenidos para los modelos.

Coeficientes ^a						
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Desv. Error	Beta		
1	(Constante)	15.62	1.04		15.04	0.00
	Satisfacción intrínseca	-0.08	0.05	-0.14	-1.64	0.10
	Satisfacción extrínseca	-0.16	0.04	-0.29	-3.71	0.00
	Vigor	-0.99	0.35	-0.20	-2.88	0.00
	Dedicación	-1.19	0.28	-0.32	-4.27	0.00
	Absorción	2.13	0.30	0.48	7.11	0.00
2	(Constante)	15.99	1.02		15.72	0.00
	Satisfacción extrínseca	-0.22	0.03	-0.39	-8.31	0.00
	Vigor	-1.03	0.34	-0.21	-2.99	0.00
	Dedicación	-1.31	0.27	-0.35	-4.82	0.00
	Absorción	2.14	0.30	0.48	7.11	0.00

a. Variable dependiente: Ansiedad-insomnio

Tabla 100: Variables excluidas durante el análisis de regresión lineal múltiple por pasos hacia atrás.

Modelo		Variables excluidas ^a				
		En beta	t	Sig.	Correlación parcial	Estadísticas de colinealidad Tolerancia
1	Satisfacción General	^b				0.00
2	Satisfacción General	-0.27 ^c	-1.64	0.10	-0.08	0.06
	Satisfacción intrínseca	-0.14 ^c	-1.64	0.10	-0.08	0.21

a. Variable dependiente: Ansiedad-insomnio. b. Predictores en el modelo: (Constante), Absorción, Satisfacción extrínseca, Vigor, Dedicación, Satisfacción intrínseca. c. Predictores en el modelo: (Constante), Absorción, Satisfacción extrínseca, Vigor, Dedicación.

Por otro lado, tomando como variable dependiente la disfunción social obtenemos igualmente 2 modelos (Tablas 101 y 102), de los cuales escogeremos el número 2 (R^2 ajustado = 0.27), por el mismo motivo que el caso anterior. Por lo tanto este modelo explica el 27% de la variabilidad o varianza en las puntuaciones obtenidas para disfunción social. Una vez más, es la absorción la variable que explica con mas fuerza la variabilidad en las puntuaciones ($B = 0.38$; $t = -5.51$; $p = 0.00$). El resto de variables incluidas en este modelo (vigor, dedicación y satisfacción intrínseca) ofrecen coeficientes estandarizados beta negativos, siendo el de mayor valor el de dedicación ($B = -0.35$; $t = -4.62$; $p = 0.00$). Las variables excluidas se observan en la Tabla 103.

Tabla 101: Modelo obtenido por regresión lineal múltiple tomando la subescala de disfunción-social como variable dependiente.

Modelo	R	Resumen del modelo			Error estándar de la estimación
		R cuadrado	R cuadrado ajustado		
1	0.53 ^a	0.28	0.27		2.17
2	0.52 ^b	0.28	0.27		2.18

a. Predictores: (Constante), Absorción, Satisfacción extrínseca, Vigor, Dedicación, Satisfacción intrínseca. b. Predictores: (Constante), Absorción, Vigor, Dedicación, Satisfacción intrínseca.

Tabla 102: Coeficientes Beta de las variables independientes obtenidos para los modelos.

Modelo		Coeficientes ^a			t	Sig.
		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados Beta		
		B	Desv. Error			
1	(Constante)	12.20	0.54		22.64	0.00
	Satisfacción intrínseca	-0.06	0.02	-0.21	-2.36	0.02
	Satisfacción extrínseca	-0.03	0.02	-0.11	-1.43	0.15
	Vigor	-0.48	0.18	-0.19	-2.68	0.01
	Dedicación	-0.68	0.14	-0.36	-4.72	0.00
	Absorción	0.87	0.16	0.38	5.56	0.00
2	(Constante)	11.94	0.51		23.52	0.00
	Satisfacción intrínseca	-0.08	0.01	-0.31	-5.79	0.00
	Vigor	-0.49	0.18	-0.20	-2.72	0.01
	Dedicación	-0.67	0.14	-0.35	-4.62	0.00
	Absorción	0.86	0.16	0.38	5.51	0.00

a. Variable dependiente: Disfunción social.

Tabla 103: Variables excluidas durante el análisis de regresión lineal múltiple por pasos hacia atrás.

Modelo		Variables excluidas ^a				Estadísticas de colinealidad Tolerancia
		En beta	t	Sig.	Correlación parcial	
1	Satisfacción General	. ^b	.	.	.	0.00
2	Satisfacción General	-0.22 ^c	-1.43	0.15	-0.07	0.07
	Satisfacción extrínseca	-0.11 ^c	-1.43	0.15	-0.07	0.25

a. Variable dependiente: Disfunción social. b. Predictores en el modelo: (Constante), Absorción, Satisfacción extrínseca, Vigor, Dedicación, Satisfacción intrínseca. c. Predictores en el modelo: (Constante), Absorción, Vigor, Dedicación, Satisfacción intrínseca.

Finalmente, si se tiene en cuenta la variable “depresión” como dependiente, el análisis vuelve a mostrarnos dos modelos (Tablas 104 y 105) del que escogeremos el 2 (variables predictoras: absorción, vigor, dedicación y satisfacción intrínseca). Dicho modelo explica el 27% de la variabilidad en la puntuación por depresión (R^2 ajustado = 0.27). En este caso, la absorción vuelve a ser la variable que explica esta variabilidad con más fuerza ($B = 0.41$; $t = 6.03$; $p = 0.00$), aportando el resto de variables valores negativos, siendo el mayor el de la dedicación ($B = -0.36$; $t = -4.83$; $p = 0.00$). Finalmente se muestran las variables excluidas de los modelos en la Tabla 106.

Tabla 104: Modelo obtenido por regresión lineal múltiple tomando la subescala de depresión como variable dependiente

Modelo	R	Resumen del modelo			Error estándar de la estimación
		R cuadrado	R cuadrado ajustado		
1	0.53 ^a	0.28	0.27		2.83
2	0.53 ^b	0.28	0.27		2.83

a. Predictores: (Constante), Absorción, Satisfacción extrínseca, Vigor, Dedicación, Satisfacción intrínseca. b. Predictores: (Constante), Absorción, Vigor, Dedicación, Satisfacción intrínseca.

Tabla 105: Coeficientes Beta de las variables independientes obtenidos para los modelos

Modelo		Coeficientes ^a			t	Sig.
		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados Beta		
		B	Desv. Error			
1	(Constante)	6.63	0.70		9.43	0.00
	Satisfacción intrínseca	-0.11	0.03	-0.32	-3.60	0.00
	Satisfacción extrínseca	-0.01	0.03	-0.03	-0.41	0.68
	Vigor	-0.49	0.23	-0.15	-2.10	0.04
	Dedicación	-0.92	0.19	-0.37	-4.84	0.00
	Absorción	1.22	0.20	0.41	6.04	0.00
2	(Constante)	6.53	0.66		9.88	0.00
	Satisfacción intrínseca	-0.12	0.09	-0.35	-6.53	0.00
	Vigor	-0.49	0.23	-0.15	-2.11	0.03
	Dedicación	-0.91	0.19	-0.36	-4.83	0.00
	Absorción	1.22	0.20	0.41	6.03	0.00

a. Variable dependiente: Depresión.

Tabla 106: Variables excluidas durante el análisis de regresión lineal múltiple por pasos hacia atrás.

Modelo		Variables excluidas ^a				Estadísticas de colinealidad Tolerancia
		En beta	t	Sig.	Correlación parcial	
1	Satisfacción General	. ^b	.	.	.	0.00
2	Satisfacción General	-0.06 ^c	-0.41	0.68	-0.02	0.07
	Satisfacción extrínseca	-0.03 ^c	-0.41	0.68	-0.02	0.25

a. Variable dependiente: Depresión. b. Predictores en el modelo: (Constante), Absorción, Satisfacción extrínseca, Vigor, Dedicación, Satisfacción intrínseca. c. Predictores en el modelo: (Constante), Absorción, Vigor, Dedicación, Satisfacción intrínseca.

Capítulo 5

Discusión

La presente tesis doctoral se ha desarrollado siguiendo un diseño multicéntrico, cuantitativo, descriptivo transversal, correlacional y comparativo. Se ha tratado de analizar la relación existente entre cuestiones sociodemográficas, características del puesto, satisfacción general, engagement y salud de las enfermeras. Para ello se recogieron datos en 10 hospitales públicos del noroeste de España. Los datos fueron de carácter sociodemográfico y relacionados con las características del puesto, sobre satisfacción laboral (recogidos mediante la escala Overall Job satisfaction), work engagement (UWES-17) y salud general (GHQ-28). El análisis estadístico realizado, fue de tipo descriptivo, mediante el cálculo de medias, desviaciones típicas medianas, rangos intercuartiles y porcentajes. También se realizó un análisis correlacional entre variables, así como un análisis comparativo mediante test no paramétricos y mediante análisis post hoc. Finalmente se recurrió a un análisis de regresión múltiple por pasos hacia atrás, con el objeto de valorar posibles modelos predictivos que mostrasen la influencia sobre la salud de las enfermeras que conformaron la muestra.

5.1 Cuestiones sociodemográficas

El número total de enfermeras que respondió a la encuesta y que a la vez cumplían los criterios de inclusión fue de 444. Otros estudios que analizaron muestras que incluían esta profesión y en relación a alguna de las variables de las estudiadas en esta Tesis, han obtenido tamaños muestrales muy variables y en muchos casos menores al del presente estudio (Adriaenssens, De Gucht, y Maes, 2015; Forbes, Freeman, McCombes, y Humphris, 2014; González-Gancedo et al., 2019; Jenaro et al., 2011; Lawrence, 2011; Liébana et al., 2012; Peters et al., 2016; Shahpouri, Namdari, y Abedi, 2016; Sinclair et al., 2015; Strömberg, Eriksson, Bergman, y Dellve, 2016; Van Bogaert et al., 2013; Wang y Liu, 2015; White, Wells, y Butterworth, 2014). Por otro lado, también existen estudios recientes con tamaños más amplios que se incluyen en un rango de número de enfermeras que va desde N = 496 a N = 1021 (Havens et al., 2013; Innstrand, Langballe, y Falkum, 2012; Kunie, Kawakami, Shimazu, Yonekura, y Miyamoto, 2017; Mauno, Ruokolainen, Kinnunen, y De Bloom, 2016; Van Bogaert et al., 2017, 2014; Vander Elst et al., 2016; Wan, Li, Zhou, y Shang, 2018). No obstante, no hay en la actualidad muchas publicaciones que analicen en enfermeras las variables incluidas en esta Tesis doctoral usando la combinación de escalas escogidas.

En lo relativo a la satisfacción laboral, sí que existen trabajos que utilizaron la *Overall Job Satisfaction Scale* en España o países hispanohablantes para medir la satisfacción laboral en personal sanitario y concretamente en enfermeras, aunque en estos casos no se valoró la relación con variables del tipo salud o *engagement* (Carrillo-García et al., 2014; Carrillo-García et al., 2013, 2015; Gandarillas González et al., 2014; Herrera-Amaya y Manrique-Abril, 2008). Por otro lado, el estudio de Jenaro en 2010, en un contexto muy similar al del presente trabajo, sí que analizó las variables relacionadas con salud, *engagement* y satisfacción laboral. En este caso utilizaron la versión de GHQ-28 para la medición de la salud, pero para medir el *work engagement*, utilizaron la UWES-9 (Jenaro et al., 2011). Respecto a la medición de satisfacción laboral, recurrieron a un cuestionario *ad hoc* que utilizaba algunos ítems de la encuesta de evaluación de satisfacción laboral publicada por el INSHT como Nota Técnica de Prevención (NTP 213) y que en parte también está determinada por los trabajos de Herzberg (Cantera, 1986). Recientemente, se ha publicado, también en un contexto muy similar, un trabajo que utiliza las mismas escalas que se utilizan en la presente Tesis Doctoral (González-Gancedo et al., 2019). Respecto a este trabajo, hay que señalar que obtuvo menor muestra (N = 373 enfermeras) y que fue realizado en un único hospital, frente a los 10 hospitales en los que se han obtenido los datos para la presente Tesis.

En lo relativo a la distribución por sexo dentro de la muestra, el femenino ha sido el sexo predominante (89.9%) frente al masculino (10.1%). Esta tendencia varía ligeramente respecto a los datos de estratificación por sexos relativos a las enfermeras colegiadas y no jubiladas a nivel nacional ofrecidos por el INE para 2018 en el que las mujeres suponen un 84.97% frente al 15.06% de hombres (Instituto Nacional de Estadística, 2018). Aun así se confirma la tendencia del sexo femenino como predominante en la profesión (alcanzando una proporción incluso mayor en nuestra muestra). Esta tendencia en la que las enfermeras mujeres predominan sobre los hombres, también es descrita en estudios (varios de ellos en España) que analizan cuestiones relativas a la satisfacción, el bienestar o *engagement* y la salud (Abdelhadi y Drach-Zahavy, 2012; Adriaenssens, De Gucht, y Maes, 2015b; Brunetto et al., 2013; Carrillo-García et al., 2013; Gandarillas González et al., 2014; Giallonardo, Wong, y Iwasiw, 2010; González-Gancedo et al., 2019; Gupta, Agarwal y Khatri, 2016; Ioannou et al., 2015; Jenaro et al., 2011; Lawrence, 2011; Mauno et al., 2016; Salanova, Lorente, Chambel, y Martínez, 2011; Santos, Chambel, y Castanheira, 2016; Simpson, 2009; Van Bogaert et al., 2017, 2014).

Respecto a la media de edad (Tabla 6), se obtuvo un resultado de 43.10 (DT = 9.82) años. Este resultado es similar al de otros estudios que analizaban variables similares

(González-Gancedo et al., 2019). Por otro lado, se procedió a agrupar a las enfermeras en rangos de edad. Los grupos fueron las enfermeras menores de 45 años (58.3%), enfermeras de 45 a 64 años (41.2%) y las enfermeras mayores de 65 años (0.2%). Aunque los datos más recientes del INE en relación a los grupos de edad son referidos al año 2012, puede observarse que el mayor porcentaje de enfermeras (teniendo en cuenta todas las colegiadas en España) se encontraba entre las menores de 45 años (53.46%), seguidas de aquellas cuya edad estaba comprendida entre los 45 y los 64 años (37.23%) (Instituto Nacional de Estadística, 2012). En este sentido, nuestra muestra mantiene dicha tendencia en la distribución, aunque atendiendo a la totalidad de los porcentajes, podríamos confirmar que en nuestro caso, el porcentaje de menores de 45 años es mayor, aunque también lo es el de las enfermeras situadas entre los 45 y 64 años de edad. En este sentido, y teniendo en cuenta que los datos del INE también incluyen a enfermeras mayores de 70 años, podríamos decir que nuestra muestra está menos envejecida. No obstante, no sería riguroso afirmar esto puesto que los datos del INE hacen referencia al simple hecho de estar colegiados y ser enfermera, con lo que muchas de estas enfermeras pueden no cumplir con criterios como el estar trabajando en un hospital público. Incluso puede haber enfermeras que mantienen la cuota de la colegiación a pesar de haberse jubilado. Por este motivo, además de por la enorme diferencia en el tamaño muestral entre los datos ofrecidos por el INE y los obtenidos en esta Tesis, no podríamos extrapolar con rigor los datos relativos a la edad.

En estudios recientes realizados en contextos similares en España y que también utilizaron instrumentos de recogida de datos como el UWES, GHQ-28 o la *Overall Job Satisfaction Scale* se observaron medias de edad de 43.90 años (Jenaro et al., 2011) o 44.06 años (González-Gancedo et al., 2019). Aun así, conviene tener en cuenta que estos dos últimos estudios se realizaron en un único hospital, mientras que el diseño del presente análisis implica el aspecto multicéntrico.

Como variables sociodemográficas (Tabla 7), se han tenido en cuenta también cuestiones como el estado civil (con un elevado número de enfermeras casadas) número de hijos con un elevado porcentaje (38.5%) de enfermeras sin hijos, seguido por las que tienen 2 hijos (34.7%). En el presente estudio no se han hallado resultados estadísticamente significativos en relación a las mismas.

5.2 Variables relacionadas con el puesto

En cuanto al análisis de las características asociadas al puesto, se valoraron las siguientes variables: tipo de hospital (Tabla 8), años de tiempo trabajado como enfermera en total y en el hospital actual (Tabla 6), tipo de contrato, tipo de jornada

laboral, cargos desempeñados en el hospital, tipo de servicio, modalidad de turno, características del puesto (relativo a la regularidad en el servicio) y salario (Tablas 9 a 15). Recientemente se ha preguntado por estas variables a un grupo de enfermeras, pero a diferencia del presente trabajo, en un único hospital (González-Gancedo et al., 2019). Debido al carácter multicéntrico de nuestro trabajo, se ha podido diferenciar entre el tipo de hospital en el que se trabaja (área, referencia o “no sabe”). El mayor porcentaje de enfermeras pertenecía a hospitales de área (60.6%) mientras que el 36.5% desempeñaba su labor en hospitales de referencia (característica que presentaba el hospital del estudio mencionado). Hasta el momento no se ha conseguido localizar otros trabajos nacionales que analicen esta combinación concreta de variables en conjunto con las subescalas utilizadas. No obstante, si que existen trabajos de carácter multicéntrico que analizan algunas de las variables relevantes en esta Tesis (por ejemplo el *work engagement*) y que en sus publicaciones ofrecen detalles relativos a las variables de características del puesto que coincidan de alguna forma con las expuestas en el presente manuscrito. Por ejemplo, Van Bogaert ofrece un trabajo de carácter multicéntrico en un total de 8 hospitales belgas. En dicho trabajo diferenciaron sobre tipos de hospital (general, universitario y grupo de hospitales), sobre los años trabajados como enfermera y sobre los años trabajados como enfermera en la unidad actual (Van Bogaert et al., 2014). Esta última pregunta sobre los años trabajados como enfermera también ha sido realizada en esta Tesis, con el matiz de que se ha preguntado por los años trabajados como enfermera “en el presente hospital” en lugar de en la unidad. En parte se ha tratado de conseguir que las preguntas tuviesen un carácter más general, para cumplir con la premisa del anonimato y que así fuese percibido por las enfermeras. En este sentido, la media de años trabajados como enfermera ha mostrado un valor en nuestro trabajo de 18.95 años (DT = 10.37). Dicho valor está comprendido en un rango que va de los 0 años (enfermeras que aun no tienen un año de antigüedad) a los 43 años. Este dato es ligeramente mayor al ofrecido en el trabajo de Van Bogaert (15.3 años; DT = 10.3) (Van Bogaert et al., 2014) y menor al obtenido recientemente en análisis similares y en nuestro país (González-Gancedo et al., 2019) en el que se observó una media de 20.29 años (DT = 11.26). Otro análisis similar, en España, agrupó esta información en 2 grupos (tiempo de más de 11 años o de menos de 11 años), viéndose que el grupo mayoritario de enfermeras se caracterizaba por tener más de 11 años de experiencia (63.7% de un total de 256 enfermeras) (Jenaro et al., 2011).

Respecto al resto de variables, como se verá más adelante en esta discusión, han presentado resultados que parecen influir sobre la salud de las enfermeras de la muestra, así como sobre sus niveles de satisfacción laboral y de *work engagement*. Por

este motivo nos centraremos específicamente en ellas cuando pasemos a discutir dichas cuestiones.

5.3 Variables relacionadas con la formación y especialización de las enfermeras

La formación en el personal de Enfermería parece ser una cuestión relevante, sobre todo en lo referido a cuestiones de calidad de los cuidados o incluso para la propia salud de las enfermeras (Aiken et al., 2014; González-Gancedo et al., 2019). En este sentido, se han tenido en cuenta 3 aspectos fundamentales en relación a la formación de las enfermeras: en primer lugar se ha querido indagar sobre el aspecto de la especialización (Tablas 18 y 19), dado que parece haberse integrado definitivamente como un aspecto que caracterizará a la disciplina enfermera en un futuro y cuyo fundamento legal puede consultarse en el Boletín Oficial del Estado español (BOE), donde se publicó el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería (Ministerio de la Presidencia, 2005). A la hora de indagar en esta cuestión, se ha agrupado junto al aspecto de los perfiles acreditados, debido a que en el momento de recogida de datos, los programas EIR (Enfermero Interno Residente) con las nuevas especialidades estaban comenzando a instaurarse y se consideró, que podría haber un elevado número de enfermeras que no estando en un programa EIR o en posesión de una especialidad, podrían hallarse acreditadas para trabajar en unidades que requieren la especialidad e incluso formando a EIR para que obtengan su especialidad. Debido a esta similitud en lo relativo a trabajos especializados, se decidió agrupar a todas estas enfermeras bajo la pregunta de si poseían una especialidad o perfil acreditado. En segundo lugar, se recabó información sobre el tipo de cursos escogidos por las enfermeras para completar su formación (formación continuada) (Tabla 20). Finalmente, Se preguntó sobre titulaciones académicas (poseer titulaciones en otras disciplinas distintas a la Enfermería), y desarrollo de programas de postgrado (másteres o doctorados) (Tablas 21 y 22). El fundamento de haber preguntado por estas cuestiones, se basa en los indicios existentes de que cuestiones relativas a la formación postgrado del personal de Enfermería podría influir sobre los niveles de *work engagement*, de satisfacción laboral o de salud de las enfermeras (Browning, Ryan, Thomas, Greenberg, y Rolniak, 2007; Lawrence, 2011; Peter Van Bogaert et al., 2014). Incluso se ha podido ver la influencia sobre la calidad de los cuidados, que influye a su vez sobre la morbilidad de pacientes (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, y Silber, 2003; Aiken et al., 2012, 2014; Cimiotti, Aiken, Sloane, y Wu, 2012; Sugihara, 2014). Recientemente también se ha observado una probable influencia del hecho de poseer una especialidad sobre el estatus de salud medido con la escala GHQ-28, así como la influencia de la selección

de cursos de formación continuada sobre los niveles de algunas subescalas del UWES (González-Gancedo et al., 2019). No obstante, será en el momento de discutir los resultados significativos obtenidos entorno a salud, *work engagement* y satisfacción laboral, cuando analizaremos de manera más específica aquellas variables relativas a formación y especialidad que mostrasen influencias estadísticamente significativas.

5.4 Fiabilidad de los instrumentos de recogida de datos

Los datos fueron recogidos a través de los cuestionarios GHQ-28, *Overall Job Satisfaction Scale* y UWES-17. Como ya se mencionó anteriormente, estos instrumentos han sido utilizados con anterioridad en muestras conformadas por enfermeras y han ofrecido buenos datos de fiabilidad. En lo que a la escala GHQ-28 se refiere, se realizaron tres análisis distintos de fiabilidad (Tabla 28), teniendo en cuenta los 3 métodos de puntaje existentes (Likert, binario y CGHQ). De los resultados obtenidos a través del test de alpha de Cronbach, se observó que los referidos al uso del método Likert de puntaje (puntuando 0-1-2-3) ofrecieron valores de mayor fiabilidad (0.88 para síntomas somáticos, 0.92 para ansiedad-insomnio, 0.80 para disfunción social y 0.90 para depresión y 0.95 para la puntuación total). En el caso de los otros métodos se obtuvieron valores más bajos para el test. No obstante fueron buenos resultados, ya que el alpha de Cronbach más bajo fue de 0.77 en disfunción social para el método CGHQ. En este caso concreto, se consideraría una consistencia interna razonable (entre 0.70 y 0.80) (Pestana y Gageiro, 2014). En este sentido, el hecho de que utilizando el método Likert se obtengan datos de buena y muy buena consistencia interna (entre 0.80 y 0.95) es lo que ha hecho que este sea el método de puntaje seleccionado para el análisis, aunque los tres métodos también se han utilizado en el análisis correlacional, para comparar entre ellos y reforzar esta decisión de selección. Otro motivo para elegir el método de puntaje Likert, fue que cuando se requiere una puntuación en subescalas, ofrece ventajas como la de producir una distribución menos asimétrica que el método GHQ binario (0-0-1-1) (Goldber y Williams, 1996). No obstante, en este mismo sentido, hay autores que recomiendan el método CGHQ (Goodchild y Duncan-Jones, 1985), debido precisamente a que produce distribuciones incluso menos asimétrica de las puntuaciones totales de GHQ y además hay evidencias de que incrementa la sensibilidad del instrumento (Goldber y Williams, 1996). Sin embargo, sobre nuestra población de enfermeras se ha visto que es el que menos consistencia interna presenta, por lo que finalmente se optó por el uso del método Likert en lugar del CGHQ.

En la actualidad existen muchos trabajos analizando salud en enfermeras y la versión de 12 ítems (GHQ-12), es ampliamente usada (Guarnaccia, Scrima, Civilleri y Salerno,

2018; Weinberg y Creed, 2000). Es lógico pensar que, al tener menos ítems, es más sencilla y rápida de cara a su cumplimentación. Aun así, la versión de 28 ítems aporta una información más ampliada y en forma de subescalas, por lo que merece la pena su uso a pesar de su mayor tamaño.

No obstante, también son muchos los trabajos que han utilizado el GHQ-28 sobre enfermeras. Analizando algunos de estos trabajos, se puede observar que también aportan buenos datos en lo que a la consistencia interna del instrumento se refiere. Hay autores que señalan rangos entre 0.70 y 0.83 para todas las subescalas, aunque en este caso no especifican el método de puntaje (Khamisa et al., 2015). Un trabajo reciente en España sobre personal del SUMMA-112, que incluyó enfermeras, afirma haber obtenido una buena puntuación en el test de alpha de Cronbach (0.91 para el total de GHQ-28) (Bernaldo-De-Quirós et al., 2015). Dicha puntuación es ligeramente más baja que la obtenida sobre nuestra muestra (alpha de Cronbach = 0.95). No obstante, como se ha comentado, con el método Likert puede obtenerse una distribución más simétrica, y puede haber influido el que los autores utilizasen el método binario de puntaje. También hay que tener en cuenta que en su estudio se valoraba a otras categorías profesionales. Este valor de 0.91 en el test de alpha de Cronbach, para la totalidad de GHQ-28, coincide con el ofrecido por otros investigadores que también utilizaron este instrumento entre enfermeras españolas (Waschgler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban, y García-Izquierdo, 2013). Además, estos investigadores aportan valores alpha para cada una de las subescalas, situados entre 0.74 y 0.86. Otro trabajo español (también en el noroeste del país), que incluyó a enfermeras, aportó datos relativos a los valores de alpha de Cronbach en cada una de las subescalas (alpha = 0.76 para síntomas somáticos, alpha = 0.81 para ansiedad e insomnio, alpha = 0.75 para disfunción social y alpha = 0.86) (Jenaro et al., 2011). Los valores de estos dos estudios también son más bajos que los obtenidos en nuestro análisis sobre todo para las subescalas de ansiedad-insomnio y depresión, pudiendo ser esto consecuencia del método de puntaje escogido. Otro trabajo de aparición reciente, utilizó esta escala en conjunto con UWES-17 y *Overall Job Satisfaction Scale*, y también el método de puntaje Likert sobre una muestra de enfermeras nacionales, pertenecientes a un único complejo hospitalario. Aunque no ofrece datos para el total de GHQ-28, si lo hace para las distintas subescalas, obteniendo valores similares a los obtenidos en el presente análisis. Se observan valores de alpha de Cronbach de 0.87 (síntomas somáticos), 0.91 (ansiedad-insomnio), 0.80 (disfunción social) y 0.90 en depresión (González-Gancedo et al., 2019), frente a los valores 0.88, 0.92, 0.80 y 0.90 para cada respectiva escala obtenidos en el análisis multicéntrico actual. Vemos pues que en nuestro caso, los

valores son prácticamente los mismos (ligeramente más altos en síntomas somáticos y ansiedad-insomnio).

En cuanto al análisis de consistencia interna de la escala *Overall Job Satisfaction* (Tabla 29), también se procedió a someter al test de alpha de Cronbach a la totalidad de la encuesta (satisfacción general) y a sus dos subescalas (satisfacción intrínseca y satisfacción extrínseca). Los resultados obtenidos indican un alto grado de fiabilidad del instrumento (alpha de Cronbach = 0.93 para satisfacción general) y de sus subescalas (alpha de Cronbach = 0.91 para satisfacción intrínseca y alpha de Cronbach = 0.82 para satisfacción extrínseca). Vemos que los valores se sitúan en las categorías de “muy buena” (satisfacción general e intrínseca) y “buena” (satisfacción extrínseca) consistencia interna (Pestana y Gageiro, 2014). En comparación con otros análisis que aportan buenos datos sobre la fiabilidad de la *Overall Job Satisfaction Scale*, se obtienen resultados incluso más altos en el presente trabajo. Hay que recordar que la herramienta original mostró valores de alpha de Cronbach de 0.79–0.85 en satisfacción intrínseca y 0.74–0.78 en satisfacción extrínseca (Heritage et al., 2015), que se sitúan en las categorías de consistencia interna “razonable” y “buena”. Los autores que validaron el instrumento para la población española, obtuvieron unas puntuaciones de 0.85–0.88 para satisfacción general (“buena”, frente a la categoría de “muy buena” apreciada en el presente análisis). Si comparamos estos datos con trabajos que utilizasen esta escala sobre población enfermera española, o hispano hablante, también se aprecian datos de buena fiabilidad, que son superados por los obtenidos en esta Tesis. Los datos van desde 0.78 (0.89 con la corrección de Spearman-Brown) a 0.89 (Carrillo-García et al., 2015; Herrera-Amaya y Manrique-Abril, 2008). Respecto al trabajo previamente mencionado en el que se utiliza la *Overall Job Satisfaction Scale* junto al GHQ-28 y UWES-17 sobre enfermeras de un complejo hospitalario, en un contexto similar al de la presente investigación, hay que señalar que muestra valores de alpha de Cronbach de 0.94 (satisfacción general), 0.89 (satisfacción intrínseca) y 0.79 (satisfacción extrínseca) (González-Gancedo et al., 2019). En la presente tesis, se aprecia que aunque el valor obtenido para satisfacción general es ligeramente más bajo que en el estudio citado, los valores son más altos para las subescalas de satisfacción intrínseca y extrínseca.

La escala UWES-17 también ha sido sometida al test de alpha de Cronbach en su totalidad y cada una de sus subescalas (vigor, dedicación y absorción) (Tabla 30). En este caso, mientras que la totalidad de la encuesta se sitúa en una categoría de muy buena fiabilidad (alpha de Cronbach = 0.92), los valores obtenidos para cada una de las subescalas indican buena fiabilidad para dedicación (0.89) y fiabilidad razonable para vigor y absorción (0.74 y 0.75 respectivamente). Por lo tanto, se consideran valores

aceptables (Pestana y Gageiro, 2014; Rodero et al., 2015). Estos valores han sido menores que los señalados por Schaufeli y Bakker a nivel internacional, incluyendo a población española (Schaufeli y Bakker, 2004). Dichos valores mostraron niveles de buena consistencia interna para las tres subescalas (0.82 en vigor, 0.89 en dedicación y 0.83 en absorción). No obstante, aunque en el presente análisis los valores para vigor y absorción se encuentran en la categoría de fiabilidad razonable (por debajo de buena), se ve que se repite la tendencia por la cual la subescala dedicación es la que más valor de alpha de Cronbach alcanza (0.89, igual que en los datos de Schaufeli y Bakker). Además, como en el caso mencionado, el vigor también obtiene un valor ligeramente inferior al de absorción (0.82 frente a 0.83 en el trabajo de Schaufeli y Bakker y 0.74 frente a 0.75 en el presente trabajo). Por lo tanto, se aprecia coherencia entre los resultados. Otros estudios más recientes, también han mostrado valores de alpha de Cronbach algo más elevados que en el presente estudio. Se trata también de estudios en los que se ha medido el *work engagement* en enfermeras españolas de la región del noroeste. Según los autores de uno de estos trabajos se obtuvieron valores de 0.85, 0.85 y 0.80 para vigor, dedicación y absorción respectivamente (Jenaro et al., 2011). Hay que tener en cuenta, que en este caso el instrumento utilizado para la medición del *work engagement* fue la versión abreviada de UWES de 9 ítems. Otro estudio más reciente que utilizó UWES-17 sobre enfermeras españolas aunque de un único complejo hospitalario mostró niveles de fiabilidad más elevados en las tres subescalas (0.91, 0.88 y 0.80 para vigor, dedicación y absorción respectivamente) (González-Gancedo et al., 2019). A pesar de estas diferencias, hay que remarcar que los valores de fiabilidad para UWES-17 obtenidos en el presente análisis, se encuentran entre las categorías de razonable y buena. Por lo tanto, el instrumento resulta idóneo para la medición del *work engagement* en enfermeras españolas que trabajan en la sanidad pública.

En resumen, se aprecia que, tanto en estudios previos como en la presente Tesis, los instrumentos presentan una fiabilidad que hace confiar en los mismos a la hora de obtener resultados y de establecer conclusiones. A continuación, se discuten los resultados obtenidos para los niveles de salud general, satisfacción laboral y *work engagement* a través de las escalas GHQ-28, *Overall Job Satisfaction* y UWES-17.

5.5 La salud de las enfermeras a través del GHQ-28.

Respecto a los resultados obtenidos en el análisis del estatus de salud de las enfermeras de estos hospitales, se han ofrecido los correspondientes a cada método de puntuación de GHQ-28 (Tablas 23 a 25). No obstante, para el análisis comparativo, por lo expuesto en el apartado sobre la fiabilidad, solamente se procedió a manejar el método Likert (Tabla 23).

Teniendo en cuenta el método Likert, si se valora la puntuación total obtenida para el GHQ-28 ($M = 24.21$; $DT = \pm 12.82$), se aprecia que la muestra ha superado el nivel que algunos autores consideran como puntuación umbral (23/24) para comenzar a padecer problemas de salud (Sterling, 2011; Swallow et al., 2003). Por lo tanto, se puede decir que esta población de enfermeras trabajando en hospitales públicos en una región del noroeste de España estaría en una situación de riesgo de padecer síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social o depresión. Esto es algo que debería ser tenido en cuenta por las organizaciones ya que puede repercutir en la salud de las enfermeras y también en la calidad de sus cuidados. Este dato supera al ofrecido por un análisis previo en un único complejo hospitalario, que ya de por sí ofrecía una puntuación cercana al punto de corte pero sin llegar a rebasarlo ($M = 21.73$; $DT = 11.88$) (González-Gancedo et al., 2019). Respecto a este análisis, hay que tener en consideración que también utilizó el método Likert, que la muestra de enfermeras fue inferior ($N = 392$) y que, aunque pertenecían a un único complejo, este está dentro de la misma región que se analiza en esta Tesis. Además, los datos fueron recogidos en 2016 mientras que los datos del presente estudio se recogieron en 2018 (2 años después).

Si observamos las puntuaciones medias de cada subescala, se obtienen niveles por encima de 7 en todas las subescalas salvo en la de depresión, siendo la de disfunción social, la que puntúa más alto. Concretamente, se ha obtenido una media de 7.18 ($DT = \pm 4.34$) para síntomas somáticos, 7.37 ($DT = \pm 5.03$) para ansiedad-insomnio, 7.87 ($DT = \pm 2.54$) para disfunción social y 1.80 ($DT = \pm 3.32$) para depresión. Estas puntuaciones son más bajas que las obtenidas en otro estudio multicéntrico en España, que señaló medias de 13.14 ($DT = \pm 3.85$) en síntomas somáticos, 12.63 ($DT = \pm 4.34$) en ansiedad e insomnio, 13.48 ($DT = \pm 1.86$) en disfunción social y 8.29 ($DT = \pm 2.62$) en depresión (Llor-Esteban et al., 2017). Aunque en el estudio se expone una mayor puntuación (mayores probabilidades de padecer problemas de salud), se observa una tendencia similar a la del presente trabajo, en la que la mayor puntuación se alcanza en disfunción social y la menor en depresión. Aun así, es necesario realizar esta comparación con precaución puesto que hay diferencias sensibles en la muestra: mientras que la muestra analizada en esta Tesis está compuesta solo por enfermeras y se redirigió a todas las de los hospitales (incluidos servicios de carácter más administrativo), la muestra del trabajo citado también incluye a técnicos en cuidados auxiliares en Enfermería y analiza unos servicios concretos. Respecto a las bajas puntuaciones en depresión debemos tomarlas con precaución, puesto que el GHQ-28 muestra buena sensibilidad para depresión, pero no ocurre lo mismo con la especificidad (Goldber y Williams, 1996). Conviene recordar que la especificidad es la probabilidad de

que para un sujeto sano se obtenga un resultado negativo. Es decir, la especificidad es la capacidad para detectar a sanos o Fracción de Verdaderos Negativos (Pita y Pértegas, 2010).

Respecto a los otros métodos de puntuación del GHQ-28, hay varios estudios que utilizan el método binario para obtener las puntuaciones del estatus de salud en enfermeras. Aunque finalmente en esta Tesis nos centramos en el método Likert, puede ser de interés comparar los resultados obtenidos con los de dichos análisis. En nuestro caso se obtuvo una puntuación media de 6.11 ($DT = \pm 6.71$) para la totalidad del GHQ-28, mientras que las puntuaciones para cada una de las subescalas fueron de 2.09 para síntomas somáticos ($DT = \pm 2.41$), 2.24 para ansiedad-insomnio ($DT = \pm 2.24$), 1.32 ($DT = \pm 1.83$) para disfunción social y 0.45 ($DT = \pm 1.23$) para depresión. Otros autores en un análisis llevado a cabo en un contexto similar al de este trabajo, pero que también incluyó otras categorías de personal sanitario y que utilizaron el método binario, también mostró valores más elevados en las medias para cada subescala. En este caso, la muestra alcanzó una media de 4.20 ($DT = \pm 2.14$) en síntomas somáticos, 5.03 ($DT = \pm 2.04$) en ansiedad-insomnio, 1.53 ($DT = \pm 1.21$) en disfunción social y 1.25 ($DT = \pm 1.21$) para depresión (Jenaro et al., 2011). A pesar de la mayor puntuación, vemos de nuevo una tendencia similar entre los resultados por subescalas en ambas muestras: en ambos casos, las subescalas de disfunción social y depresión son las que obtienen una media más baja. En cuanto a la subescala que ofrece una mayor puntuación, en este caso es la de ansiedad-insomnio. Esta tendencia con la disfunción social y la depresión obteniendo las puntuaciones más bajas (en consecuencia, menos problemas de este tipo) también se observa en otro trabajo nacional en la región de Murcia. En este caso la muestra fue mucho menor ($N = 55$) y también estuvo compuesta por Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Además, solo se analizó un servicio (urgencias). En este caso, las puntuaciones fueron más bajas que las obtenidas en la muestra analizada en la presente Tesis. La puntuación media total de GHQ-28 fue de 4.42 ($DT = \pm 5.48$) y las puntuaciones medias para disfunción social y depresión fueron 0.71 ($DT = \pm 1.41$) y 0.25 ($DT = \pm 0.77$) (Ríos-Risquez y Godoy-Fernández, 2008). Parece por lo tanto que hay una tendencia a que las enfermeras tengan mayores posibilidades de sufrir de síntomas somáticos y ansiedad-insomnio en mayor grado que la disfunción social y la depresión. No obstante, no se puede concluir con certeza que esto sea así. Serían necesarios más estudios con mayores muestras y de características no tan heterogéneas como las que se han mencionado.

Teniendo en cuenta que el punto de corte para el método binario es de 5/6 (no caso/caso) (Lobo, 1987; Servicio Andaluz de Salud, s. f.), nuestra muestra presenta una

media (6.11) que supera dicho punto de corte, siendo coherente con los resultados obtenidos para GHQ-28 mediante el método Likert. No obstante, conviene señalar que existen en la literatura menciones a otros puntos de corte para determinar la identificación de casos como 4/5 (Bernaldo-De-Quirós et al., 2015). Otros autores recomiendan un punto de corte de 6/7 cuando el investigador estudia la prevalencia total de trastornos psíquicos, ya que produce un menor porcentaje de mal clasificados (obteniéndose una mayor especificidad y menor número de falsos positivos). No obstante, usando el umbral 5/6 mencionado en primer lugar, se evita que se escapen los casos probables (mayor sensibilidad y menor número de falsos negativos). Esta última opción es interesante ya que permitiría a posteriori analizar entre las unidades muestrales, esos casos probables para determinar su confirmación o exclusión como tales (Lobo, 1987).

Finalmente y respecto al método CGHQ-28, la media obtenida para el total de la escala fue de 12.20 (DT = 6.36), repitiéndose la tendencia por la cual la subescala de síntomas somáticos y de ansiedad-insomnio obtuvieron puntuaciones medias más elevadas ($M = 4.23$; $DT = \pm 2.21$ y $M = 4.64$; $DT = \pm 2.21$ respectivamente), mientras que la disfunción social y la depresión obtuvieron las más bajas ($M = 2.08$; $DT = \pm 1.61$ y $M = 1.24$; $DT = \pm 1.94$). Ateniéndonos a la puntuación señalada como punto de corte para caso/no caso (12/13) (Servicio Andaluz de Salud, s. f.), en el presente estudio, nos encontraríamos rebasando el 12, y por lo tanto situados en una posición muy cercana al caso. Conviene recordar que este método permite la detección de casos crónicos que el método binario no permitiría ya que algunas personas pueden haberse acostumbrado a su estatus si llevan sufriendo problemas durante tiempo, y percibirlo por lo tanto como algo normal.

5.6. Niveles de satisfacción laboral según *Overall Job Satisfaction Scale*

Se midió la satisfacción laboral mediante el cuestionario *Overall Job Satisfaction Scale* que nos aportó tres tipos de resultados (Tabla 26). Por un lado nos señaló un resultado global de satisfacción general ($M = 61.87$; $DT = \pm 17.80$) que se obtiene del sumatorio de las puntuaciones obtenidas en las subescalas de satisfacción intrínseca ($M = 28.91$; $DT = \pm 17.80$) y extrínseca ($M = 32.96$; $DT = \pm 9.13$). En esta escala no hay puntos de corte que indiquen grados de insatisfacción/satisfacción, por lo que nos basaremos en esta discusión en comparaciones con otros análisis que utilicen la misma sobre una población similar a la que hemos analizado. Un trabajo reciente en el que se incluyó a la categoría de Diplomado Universitario en Enfermería entre otras categorías, obtuvo unos resultados similares. En este caso el número de enfermeras fue de 297 y las

puntuaciones medias obtenidas fueron de $M = 28$ en satisfacción intrínseca y de $M = 32$ en satisfacción extrínseca (Gandarillas et al., 2014). Otro trabajo con resultados similares para *Overall Job Satisfaction*, fue realizado en un contexto similar al de esta Tesis. Se señalaron en ese trabajo medias de 57.95 ($DT = \pm 19.31$) para satisfacción general, 27.20 ($DT = \pm 9.75$) para satisfacción intrínseca y 30.75 ($DT = \pm 10.12$) para satisfacción extrínseca (González-Gancedo et al., 2019). Vemos que las medias son ligeramente más bajas que en los resultados que hemos obtenido, aunque hay que tener en cuenta que ese trabajo fue realizado en un único complejo hospitalario mientras que el nuestro está realizado en 10 centros y la muestra fue encuestada de tal forma que no se pueden desglosar las puntuaciones medias por centros o servicios específicos, con el objeto de garantizar el anonimato. Otros autores utilizando esta encuesta en otra región española diferente, obtuvieron resultados más altos en satisfacción laboral: $M = 70.6$, $DT = \pm 14.48$ para satisfacción general; $M = 32.17$, $DT = \pm 8.28$ para satisfacción intrínseca y $M = 38.43$, $DT = \pm 7.04$ para satisfacción extrínseca (Carrillo-García et al., 2015). Hay que tener en cuenta que en España, el hecho de analizar población enfermera (o de otras categorías sanitarias) en distintas regiones geográficas, implica que los centros estarán incluidos en distintos sistemas de salud debido a que las competencias en sanidad están asumidas por las comunidades autónomas, por lo que cada comunidad presenta su propio sistema de salud, pudiendo existir diferencias en el modo de gestión que afecte de forma diferente a la satisfacción laboral de las enfermeras. También hay que tener en cuenta, que todos estos trabajos están realizados en periodos de tiempo distintos, y aunque no sean muy extensos, se trata de periodos en los que pueden darse cambios en las organizaciones que afecten a las puntuaciones en satisfacción laboral. Para finalizar, otros autores también han utilizado este instrumento validado en España, pero sobre población extranjera hispano hablante (Colombia) obteniendo también puntuaciones más elevadas que las obtenidas en nuestro análisis (aunque con un tamaño muestral de solo 39 enfermeras): $M = 77.1$, $DT = \pm 12.36$ para satisfacción general; $M = 35.46$, $DT = \pm 6.6$ para satisfacción intrínseca y $M = 41.64$, $DT = \pm 6.5$ para satisfacción extrínseca (Herrera-Amaya y Manrique-Abril, 2008). En definitiva, se ha obtenido un nivel de satisfacción laboral similar al de otros estudios o quizá más bajo. No obstante, esta comparación ha de realizarse con precaución debido a las diferencias en la muestra. Aunque todas incluyen enfermeras, hay diferencias sensibles en cuanto a tamaño, tipos de servicio, región geográfica y el carácter de multicentricidad que han de ser tenidas en cuenta en esta comparación. Se necesita más investigación al respecto. No obstante, queda claro que se han obtenido unos niveles de satisfacción laboral que podrían ser mejorables, por lo que estaría

indicado que la organización interviniese tratando de elevarlos, por los motivos ya señalados en la introducción.

5.7. Niveles de *work engagement* según UWES-17.

La puntuación de *work engagement* ha sido desglosada en sus tres subescalas (Tabla 27). No se ha valorado la puntuación total, puesto que dicha puntuación sería útil en el caso de un trabajo de tipo empírico (Rodríguez-Muñoz y Bakker, 2013) y este no es el caso, ya que se trata de un análisis descriptivo. Las puntuaciones medias obtenidas han sido de $M = 4.80$, $DT = \pm 1.02$ (vigor); $M = 4.78$, $DT = \pm 1.33$ (dedicación) y $M = 4.58$, $DT = \pm 1.12$ (absorción). Hay que recordar que estas puntuaciones podrían englobarse en alguna de las categorías del baremo para UWES-17, que son: muy bajo, bajo, moderado, alto y muy alto (Salanova y Schaufeli, 2009). Si comparamos estos valores, con los del baremo para UWES-17 (Figura 19), vemos que los niveles de vigor y de dedicación se encuentran situados en un nivel moderado (la mitad del baremo). Sin embargo, en lo que a la absorción se refiere, se sitúa en un nivel alto (entre 4.41 y 5.35). Estos resultados son distintos a los encontrados en otros trabajos en España que utilizaron la escala UWES. Por ejemplo, se ha visto en varios trabajos que usaron la UWES-17 o la UWES-9, que para las tres subescalas se encontraron puntuaciones que se situaban en la categoría de *work engagement* moderado (González-Gancedo et al., 2019; Jenaro et al., 2011). De estos dos trabajos, uno de ellos además utilizó las mismas escalas que se han utilizado en esta Tesis para la medición de salud y satisfacción laboral. En este caso, y habiendo sido realizado en un único complejo hospitalario de la misma región geográfica, se obtuvieron puntuaciones similares aunque ligeramente más bajas para vigor y dedicación ($M = 4.68$, $DT = \pm 1.07$ y $M = 4.61$), mientras que para absorción esa ligera diferencia ($M = 4.34$, $DT = \pm 1.24$) se sitúa justo en el límite por el cual queda englobada en la categoría de moderado. Es interesante recordar que en este mismo trabajo, también se habían detectado puntuaciones medias más bajas para *Overall Job Satisfaction* (González-Gancedo et al., 2019). Por lo tanto, a pesar de esta pequeña diferencia en absorción, se observan en trabajos previos en España y coincidiendo con esta Tesis, unos valores de *work engagement* que se sitúan en niveles de *engagement* moderado. Es decir, en un nivel promedio de cinco categorías, que lo haría susceptible de ser mejorado.

5.8. Correlaciones entre edad, experiencia laboral, salud, satisfacción laboral y *work engagement*.

Para el análisis correlacional llevado a cabo, se recurrió al test de rho de Spearman dada la distribución no normal de los datos recolectados (Anexo 3) (Pestana y Gageiro,

2014). También se hizo el análisis correlacional teniendo en cuenta los tres métodos de puntaje del GHQ-28 (Likert, binario y CGHQ). Si observamos las tablas derivadas de estos tres análisis correlacionales (Tablas 31 a 33), se observa que las correlaciones que se dan entre las propias subescalas de GHQ-28 son estadísticamente significativas ($p < 0.01$). Además, se presentan coeficientes de correlación que son más elevados entre la mayor parte de las variables cuando se utiliza el método Likert, lo cual es coherente con lo observado durante el análisis de consistencia interna con el test de alpha de Cronbach. También se aprecia que los coeficientes de correlaciones estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre las subescalas de GHQ-28 y el resto de variables (subescalas de satisfacción laboral y *work engagement*) son mayores (se aproximan más a ± 1) en el caso en el que se puntuó con el método Likert. Se ven pues valores más bajos de coeficiente de correlación al utilizar los métodos de puntaje binario y CGHQ. Incluso con este último método y aunque se aprecia una correlación entre la subescala de ansiedad-insomnio y las subescalas de vigor y dedicación, esta correlación ($\rho = -0.291$; $p < 0.01$ y $\rho = -0.297$; $p < 0.01$ respectivamente) no se considera tan fuerte como la que hay en los casos en los que se utilizó el método Likert ($\rho = -0.323$; $p < 0.01$ y $\rho = -0.347$; $p < 0.01$) o el binario ($\rho = -0.301$; $p < 0.01$ y $\rho = -0.330$; $p < 0.01$). Por todo lo señalado, se justifica la toma de decisión por la cual se ha escogido finalmente la puntuación de GHQ-28 obtenida mediante el método Likert para el resto del análisis.

Ya basándonos en el método Likert, se observa que las correlaciones que aparecen entre las variables analizadas, son positivas y negativas. Las correlaciones positivas y estadísticamente significativas ($p < 0.05$) se han dado (como era de esperar) entre las variables edad y experiencia laboral (años trabajados como enfermera) y experiencia laboral en el mismo hospital (años trabajados como enfermera en el hospital en el que se encuentra trabajando en el momento de la realización de la encuesta). Se trata de correlaciones muy elevadas (mayores de 0.5 y significativas en el nivel $p < 0.01$). Esta correlación positiva, indica que, a mayor edad, mayor número de años de experiencia laboral total y en el presente hospital (estas dos últimas variables también correlacionadas positivamente). Otras correlaciones positivas en relación a la edad y a los años de experiencia laboral se establecieron con las variables de satisfacción laboral. Otros autores también han señalado en análisis previos utilizando *Overall Job Satisfaction Scale*, la influencia significativa de la edad sobre la satisfacción laboral. Aunque hay que especificar que en alguno de los estudios, la muestra presentaba otras categorías aparte del personal de Enfermería (Carrillo-García et al., 2013a; Herrera-Amaya y Manrique-Abril, 2008). En nuestro caso, vemos en la Tabla 31 una correlación

de las subescalas de satisfacción laboral y las variables edad y experiencia laboral (años trabajados como enfermera) y experiencia laboral en el mismo hospital en años (hospital actual). No obstante, vemos que dicha correlación es débil al presentar coeficientes menores de 0.3 (Pestana y Gageiro, 2014) e incluso en algunos casos es significativa solamente en el nivel $p < 0.05$ (edad con satisfacción general e intrínseca, experiencia laboral con satisfacción intrínseca y experiencia en el mismo hospital con satisfacción general). También hay que señalar que en el caso de la variable experiencia en el mismo hospital, la correlación solamente se da con las variables satisfacción general y extrínseca, no apareciendo con satisfacción intrínseca. No obstante y aunque se trata de una correlación débil, es interesante señalarla debido a que es estadísticamente significativa y que no había aparecido en otros análisis similares anteriores que utilizasen estas mismas escalas (González-Gancedo et al., 2019). En definitiva, podría afirmarse que, en la muestra analizada en esta Tesis Doctoral, a mayor edad y mayor tiempo de experiencia laboral, aparecen mayores niveles de satisfacción laboral. Además, se puede apreciar en el caso de la satisfacción extrínseca, que estas correlaciones son significativas en el nivel 0.01 (bilateral) y también son más fuertes que en los casos de satisfacción general e intrínseca ($\rho = 0.128$ con edad, $\rho = 0.162$ con experiencia laboral y $\rho = 0.147$ con experiencia laboral en el mismo hospital). Esto es interesante, ya que como se mencionó previamente, la satisfacción laboral extrínseca hace referencia a cuestiones higiénicas del trabajo (Osca, 2004). Hay que tener en cuenta que, a mayor tiempo trabajado, las enfermeras españolas suelen disfrutar de puestos más estables, de incentivos como días libres o incrementos salariales debidos a los trienios o grados de carrera profesional (todo esto podría considerarse como factores higiénicos que repercutirían positivamente en la satisfacción extrínseca). También parece lógico que estas personas con más años de experiencia acumulada, presenten más edad, aunque esta circunstancia no tenga porque darse siempre.

El resto de correlaciones positivas que aparecen en este análisis, son las producidas entre las subescalas de satisfacción laboral y *work engagement*. Esta correlación positiva nos indica que cuando aparecen mayores niveles de satisfacción laboral, aparecerán mayores niveles de *work engagement* (y viceversa). Además, dicha correlación presenta valores importantes (que superan coeficientes de correlación de 0.5 entre todas las subescalas de *Overall Job Satisfaction* y las subescalas de vigor y dedicación). La correlación más fuerte ($\rho = 0.621$; $p < 0.01$) se da entre las subescalas de satisfacción intrínseca y dedicación. Por otro lado, en lo que a la absorción se refiere, las correlaciones estadísticamente significativas ($p < 0.01$) con satisfacción general, intrínseca y extrínseca no son tan elevadas ($\rho = 0.483$, $\rho = 0.488$ y $\rho = 0.446$

respectivamente) pero aun así se trata de correlaciones fuertes que superan los valores de 0.3. Esta misma tendencia en la que se aprecia una correlación positiva entre las subescalas de estos mismos instrumentos ya se ha visto con anterioridad en un contexto similar aunque con menor muestra y en un único complejo (González-Gancedo et al., 2019). En el caso mencionado, los valores de correlación positiva también fueron elevados ($\rho > 0.3$; $p < 0.01$) aunque algo más bajos que en la muestra del presente trabajo. Aun así, se superaron los valores de coeficiente de correlación de 0.5 y también se vio que la mayor fuerza de asociación se dio entre las variables de satisfacción intrínseca y dedicación ($\rho = 0.547$; $p < 0.01$). Esta correlación y satisfacción laboral es coherente con trabajos realizados en otros países por otros autores (Schaufeli y Bakker, 2011). Diferentes investigadores han señalado a la satisfacción laboral como predictor de *work engagement* en una muestra de 167 enfermeras y utilizando la versión abreviada de UWES (9 ítems) y otra escala para la medición de la satisfacción laboral (concretamente la IWS-R o *Index of Work Satisfaction*) (Simpson, 2009). Por otro lado un trabajo italiano que también utilizó UWES-9 conjuntamente con una escala de satisfacción laboral extraída de la versión italiana del *Occupational Stress Inventory* (OSI) también señaló una correlación positiva superior a 0.5 entre satisfacción laboral y *work engagement* sin desglosar los datos por subescalas (Guarnaccia et al., 2018). Existen revisiones sistemáticas en las que se muestran evidencias de dicha correlación e incluso indagan en la relación entre la satisfacción laboral el *work engagement* y la intención de permanecer en la institución (García-Sierra, Fernández-Castro, y Martínez-Zaragoza, 2016). Concretamente se señaló el rol predictor del *work engagement* como predictor de satisfacción laboral y de intención de abandonar el trabajo (Spence Laschinger, Wilk, Cho, y Greco, 2009). También se han detectado evidencias de la correlación concreta entre dedicación y satisfacción laboral viendo que de las tres dimensiones de *work engagement* la dedicación es la que muestra una correlación más fuerte ($\rho = 0.49$; $p < 0.01$) (Giallonardo et al., 2010). Esto es coherente con lo señalado en los resultados de esta Tesis. Recordemos, la fuerza de correlación concreta entre dedicación y satisfacción intrínseca. Tal y como se había mencionado, la subescala de satisfacción intrínseca incluía ítems como por ejemplo “reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho”, “la posibilidad de utilizar tus capacidades” o “la variedad de tareas que realizas en tu trabajo” (Tabla 4). Se trata de cuestiones relativas al contenido del trabajo (lo que Herzberg señalaba como características explicativas de la satisfacción laboral y que se diferenciaban de los extrínsecos en que estos últimos eran explicativos de la insatisfacción). Si repasamos los ítems de la subescala dedicación (Tabla 5), vemos que incluyen afirmaciones como “estoy orgulloso del trabajo que hago”, que pueden presentar una relación evidente con ítems de la satisfacción intrínseca como

“reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho” (es más fácil que una enfermera sienta orgullo por su trabajo si se le dan motivos para ello o si recibe un *feedback* que le confirma la excelencia de sus actuaciones). Otros ítems de dedicación como “mi trabajo es retador” pueden guardar relación con ítems de satisfacción intrínseca como “la posibilidad de utilizar tus capacidades” o “la variedad de tareas que realizas en tu trabajo”. Por esto, creemos que es coherente esta fuerza de asociación detectada entre la satisfacción intrínseca y la dedicación. De cara al futuro, sería interesante un análisis más concreto de posibles relaciones inter-ítems entre las subescalas de satisfacción laboral y de *work engagement*.

Como se puede observar en los resultados de esta Tesis, también existen correlaciones negativas y estadísticamente significativas ($p < 0.05$). Dichas correlaciones son las que se obtienen entre las subescalas de GHQ-28, UWES-17 y *Overall Job Satisfaction*. Además, se trata de correlaciones por encima de - 0.3 en todos los casos salvo en el de la subescala absorción, que muestra correlaciones más bajas (por debajo de - 0.2) o incluso no presentan una correlación estadísticamente significativa como ocurre entre la subescala absorción y la subescala de ansiedad-insomnio. Esta correlación negativa implica que a medida que se incrementa o disminuye una de las variables, aquella con la que está correlacionada adopta la tendencia contraria. Es decir, a mayores valores en satisfacción laboral o *work engagement*, menores valores en GHQ-28. Dado que los problemas de salud surgen cuando los valores de GHQ-28 son más elevados, en este caso, altos niveles de satisfacción o *engagement* nos indican un estatus de salud más óptimo (ya que las puntuaciones en GHQ-28 son más bajas). En definitiva, altos niveles de satisfacción laboral y de *work engagement* se correlacionan con altos niveles de salud general o viceversa. Las correlaciones más fuertes son las que surgen al cruzar las distintas subescalas de satisfacción laboral y *work engagement* con la puntuación total de GHQ-28. En el caso de la satisfacción laboral, esta correlación fue más elevada con satisfacción laboral general ($\rho > - 0.518$; $p < 0.01$) y en el caso de *work engagement* con la subescala de dedicación ($\rho > - 0.432$; $p < 0.01$). Si tenemos en cuenta las subescalas de GHQ-28, es la de ansiedad-insomnio, la que mayor correlación presenta también en relación a satisfacción laboral general ($\rho > - 0.461$; $p < 0.01$) y dedicación ($\rho > - 0.347$; $p < 0.01$).

Las correlaciones entre estas variables ya han sido vistas con anterioridad (Adriaenssens, De Gucht, Van Der Doef, y Maes, 2011; González-Gancedo et al., 2019; Guarnaccia et al., 2018; Innstrand et al., 2012; Jenaro et al., 2011). Resultados de análisis previos a este trabajo y utilizando los mismos instrumentos y una muestra de enfermeras de un único complejo asistencial algo menor ya han señalado una

correlación negativa de este tipo entre las variables analizadas (González-Gancedo et al., 2019). Por lo tanto, en dicho trabajo también se exponía la noción de que bajos niveles de satisfacción laboral y *engagement* podrían suponer un riesgo para la salud, tal y como ocurre con los resultados expuestos en nuestro trabajo. No obstante, y a diferencia de lo observado en esta Tesis, el análisis referenciado señaló que las correlaciones más fuertes se produjeron entre las subescalas de *work engagement* y de disfunción social. Los resultados de ese trabajo mostraban coherencia con los ofrecidos por otro trabajo en un contexto similar aunque usando un método binario para el puntaje del GHQ-28 y la versión abreviada de nueve ítems del UWES (Jenaro et al., 2011). Estos autores señalaron que la disfunción social podría ser un factor que explicase bajos niveles de *work engagement*. Por otro lado, es interesante el dato de las bajas correlaciones que hemos obtenido respecto a la variable absorción, ya que previamente también se ha observado que dicha variable no correlacionó de manera significativa con algunas subescalas de GHQ-28 o que dicha correlación solamente se dio con la disfunción social (González-Gancedo et al., 2019).

Respecto a las variables edad, y experiencia laboral en años (como enfermera y trabajados como enfermera en el hospital actual), si que se ha visto una pequeña correlación en relación al *work engagement*. Concretamente y aunque se trata de una correlación débil ($\rho > 0.100$; $p < 0.05$), la edad de las enfermeras de la muestra analizada está correlacionada positivamente con la variable absorción. Esto implica que, a mayor edad, las enfermeras han mostrado mayores niveles de absorción. Es decir, están más contentas de involucrarse en su trabajo, inmersas en el mismo y muestran dificultades para dejarlo, puesto que les impulsa (Schaufeli y Bakker, 2011). Previamente también se ha visto correlación entre alguna de estas variables y el *work engagement*. Concretamente entre las variables años de experiencia como enfermera y la subescala dedicación, aunque también débil ($\rho > 0.128$; $p < 0.05$) (González-Gancedo et al., 2019). En este caso, cuanto más tiempo trabajado en años, sienten una mayor identificación fuerte con su trabajo, una experiencia significativa, inspiradora y desafiante y se sienten entusiasmados y orgullosos con su trabajo (Schaufeli y Bakker, 2011).

En definitiva, se observa que menores niveles de satisfacción laboral y *work engagement* se asocia a riesgos para la salud (aunque debemos tener en cuenta que la correlación no implica causalidad). En este sentido podría pensarse que: altos niveles de satisfacción laboral y *work engagement*, podrían tener un rol preventivo de cara a problemas de síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión. Por esto y con el objeto de sortear esta limitación que nos da el análisis correlacional (no es posible asegurar una única dirección de la correlación), se procedió a realizar un

análisis de regresión lineal (será discutido más adelante) tomando al GHQ-28 como variable dependiente. A su vez, y siguiendo con este razonamiento, el aumento de la satisfacción laboral repercutiría positivamente sobre los niveles de *work engagement*. Teniendo en cuenta que las organizaciones pueden gestionar de forma que mejore la satisfacción laboral de las enfermeras y que esto repercutiría positivamente sobre el *work engagement* y consecuentemente sobre su estatus de salud, la variable de satisfacción laboral de las enfermeras debería ser abordada de manera enérgica por las gerencias de las instituciones sanitarias.

5.9. Análisis comparativo sobre puntuaciones obtenidas en función de cuestiones sociodemográficas las características del puesto y formación.

Se procedió a la realización de un análisis no paramétrico mediante los test de U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis, considerando como variables con diferencias estadísticamente significativas aquellas que presentaron un valor $p < 0.05$. A continuación, y en aquellos casos en los que se mostraron diferencias estadísticamente significativas, se procedió a realizar la prueba de ANOVA de 1 factor de Kruskal-Wallis, utilizando la corrección de Bonferroni para ajustar los valores de la significación. Se procede a la discusión de los resultados obtenidos en estas pruebas.

5.9.1. Diferencias en salud.

Respecto a la escala GHQ-28 y sus subescalas, se han apreciado diferencias estadísticamente significativas en función de algunas de las variables sociodemográficas, las características del puesto y las cuestiones relativas a la formación.

5.9.1.1. Diferencias en síntomas somáticos.

En relación al sexo (Tabla 39), se han visto diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la subescala de síntomas somáticos. Por esto, si que vemos que coincidiendo con otros autores (Pascual Pascual y Cerecedo Pérez, 2015), las mujeres presentan mayores riesgos de sufrir síntomas somáticos (mediana = 7.00; rango intercuartil = [4.00, 11.00]) que los hombres (mediana = 6.00; rango intercuartil = [2.00, 8.00]). En este sentido, no han aparecido diferencias estadísticamente significativas en lo relativo a subescalas de depresión y de ansiedad e insomnio a pesar de que nuestra muestra está fuertemente feminizada. Recordemos que estas patologías concretas son más frecuentemente detectadas en la población femenina española (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2018). No obstante, hay que tener en cuenta que

en nuestra muestra, el porcentaje de enfermeras de sexo masculino (10.1% del total de la muestra) es notablemente inferior (como suele ocurrir en esta profesión).

Respecto a esta subescala, también se vio afectada significativamente por el salario ($H = 7.89$; $p = 0.048$) y por las características del puesto ($H = 18.50$; $p = 0.02$) en el análisis general (Tabla 41). Dado que se trataba de variables que presentaban más de 2 opciones de respuesta, se procedió a indagar en estas diferencias mediante el análisis *post hoc*, confirmándose el rechazo de la hipótesis nula en la distribución en síntomas somáticos entre las categorías de dichas variables (Tabla 55). No obstante, al realizar el análisis por parejas entre las categorías, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas. Hay que tener en cuenta que el uso de la corrección de Bonferroni para ajustar los valores de la significación estadística, puede haber provocado la desestimación de dichas diferencias. Trabajos previos tampoco habían mostrado diferencias estadísticamente significativas en el análisis comparativo general de estas variables (González-Gancedo et al., 2019). Es posible que el tamaño muestral y el carácter multicéntrico de nuestro estudio influyesen en la aparición de diferencias. Conviene señalar también que, en el trabajo mencionado, se señalaron diferencias estadísticamente significativas para síntomas somáticos en función de una variable relativa a la formación (el tener una especialidad/perfil acreditado o no), viéndose que los que poseían dicha característica, mostraban mayores puntuaciones en síntomas somáticos. Dichas diferencias no han aparecido en nuestro estudio.

5.9.1.2. Diferencias en ansiedad-insomnio.

Las diferencias entre puntuaciones en la subescala ansiedad-insomnio, también se vieron significativamente determinadas por el tipo de hospital (área, referencia o “desconoce el dato”) y por las características del puesto. En el caso del tipo de hospital, el análisis *post hoc* reveló que las diferencias estadísticamente significativas, se establecieron entre las enfermeras trabajando en hospitales de área y de referencia. Fueron las enfermeras de los hospitales de área las que obtuvieron una mayor puntuación en la subescala de ansiedad insomnio, por lo que tienen más riesgo de padecer este problema. Otros autores han señalado también diferencias en lo relativo al tipo de institución y los niveles de ansiedad del personal, diferenciando entre instituciones privadas y públicas, viéndose más relación entre la ansiedad y la institución privada (Rodríguez Costa Schmitdh, Spadoti Dantas, y Palucci Marziale, 2011). En nuestro caso no se ha podido realizar dicha diferenciación al no ser un criterio de inclusión el trabajar en institución privada. Como puede apreciarse en la Figura 28 y Tabla 57, son las enfermeras que trabajan en los hospitales de área las que presentan mayores niveles de ansiedad-insomnio (mediana = 7.00; rango intercuartil [4.00, 1.00]).

Esto llama la atención ya que se entiende que, en los hospitales de referencia, en muchos servicios se requiere el manejo de técnicas más complejas y podría pensarse que esto generaría mayor ansiedad. Convendría profundizar en esta cuestión mediante análisis de tipo cualitativo. No obstante, también podría pensarse que enfermeras ante técnicas más complejas, puedan estar experimentando altas puntuaciones en ítems de satisfacción intrínseca y de dedicación debido al carácter retador. Dada la correlación fuerte y negativa entre las subescalas de *Overall Job Satisfaction* y *work engagement* respecto a GHQ-28, sería lógico que si tienen altas puntuaciones en las dos primeras (como consecuencia de lo mencionado), la puntuación en ansiedad-insomnio sea más baja. También convendría valorar el factor “formación”, ya que en alguna ocasión se ha visto influencia del mismo sobre alguna dimensión del *work engagement*. Concretamente sobre vigor y dedicación mediante un análisis comparativo no paramétrico o incluso sobre absorción o dedicación en conjunto con otras variables en un análisis de tipo multivariante. No obstante, volvemos a ver a la dimensión dedicación jugando un papel relevante ya que es la única que se repite en los dos análisis del trabajo citado. Teniendo en cuenta la posibilidad de una influencia positiva de la formación sobre el *work engagement* creemos que a su vez podría suponer influencia sobre la ansiedad-insomnio dada la correlación negativa mencionada (González-Gancedo et al., 2019). No obstante, hay que mostrar cautela ante esta reflexión sobre la correlación ya que puede haber influencia de otras variables que no estemos valorando. Es decir, se nos plantea el problema de la tercera variable (Field, 2009).

Otros análisis han mostrado influencia directa del tipo de turno sobre la subescala de ansiedad-insomnio, que no han aparecido en la presente Tesis. Convendría profundizar más en el análisis de esta variable y verla en conjunto con otras variables, ya que el estudio mencionado mostró un modelo (resultado de análisis multivariante de regresión lineal) en el que se veía que la ansiedad-insomnio estaba determinando el conjunto de variables que incluían el tipo de contrato “interinidad”, el tipo de turno “noches fijas” y algunas opciones de cursos de formación continuada (González-Gancedo et al., 2019). Aunque no se han detectado diferencias estadísticamente significativas en ninguna subescala de GHQ-28 en el presente análisis, veremos que el tipo de turno si influye sobre otras variables correlacionadas negativamente con la salud general. Realmente hay evidencias de influencia de la modalidad de turno sobre la salud de las enfermeras (Korompeli et al., 2014).

Respecto a la posible influencia de la formación, existen trabajos en la literatura que analizan cuestiones relativas a la especialización y los perfiles y su relación con problemas de salud como el estrés o el síndrome de *burnout* (Adriaenssens et al., 2011;

Browning et al., 2007). En el presente análisis hemos de señalar que también se aprecian diferencias estadísticamente significativas para las puntuaciones en ansiedad-insomnio. Es decir, el poseer una especialidad o perfil acreditado y estar o no trabajando en un puesto relacionado con dicha especialidad influye sobre GHQ-28 y concretamente en la ansiedad-insomnio (y como hemos señalado previamente sobre síntomas somáticos y el total de la puntuación de GHQ-28). Como vimos, en un trabajo mencionado previamente (González-Gancedo et al., 2019) se analizó esta cuestión. En aquella ocasión, la muestra perteneció a un único complejo hospitalario de referencia y se detectaron diferencias estadísticamente significativas para síntomas somáticos en función de poseer o no una especialidad/perfil, viéndose que los que la poseían puntuaban más alto. No obstante, luego no se vieron diferencias entre aquellos que la tenían en función de si estaban trabajando en ello o no. Dicho resultado no se ha producido de nuevo en la presente Tesis, aunque si que hemos obtenido resultados que, en continuidad con lo mencionado, ponen el foco sobre las especialidades/perfiles. Hay que señalar una serie de cuestiones que pueden haber determinado estas diferencias de los resultados en ambos trabajos. En esta Tesis, se analizan varios hospitales y complejos hospitalarios, siendo algunos de referencia frente a otros que son de área. Además, la muestra que se ha alcanzado es mayor (N = 444 frente a N = 373). En el análisis mencionado, el porcentaje de enfermeras con una especialidad o perfil fue mayor (37.2% frente al 25.9% de esta Tesis). En el presente caso, por lo tanto, no se ha detectado una influencia en GHQ-28 por el simple hecho de poseer o no la especialidad/perfil, pero si que hemos detectado que entre aquellos que la poseen, existen diferencias determinadas por el hecho de trabajar en un puesto relacionado (15.1% de enfermeras con especialidad/perfil) o no (10.8% de enfermeras especialistas o con perfil). Si observamos la Tabla 43 junto a la Figura 24, se aprecia que son las enfermeras que tienen la especialidad/perfil, pero que no trabajan en un puesto relacionado, las que obtienen una mayor puntuación y consecuentemente, mayores probabilidades de sufrir el problema que mide esta escala. En este sentido, en el estudio previamente mencionado (González-Gancedo et al., 2019) se veía que las personas con especialidad mostraban más síntomas somáticos, y más problemas de disfunción social pero no se podía asegurar si era por encontrarse trabajando en ello o no. En esta ocasión, son las personas que tienen una especialidad/perfil pero que no se encuentran trabajando en un puesto relacionado (dicho de otra forma: trabajan como enfermeras en puestos que no tienen ni requieren la especialidad o perfil para el que se han formado), las que tienen puntuaciones más altas en las subescalas de GHQ-28 mencionadas. En este sentido, cabría pensar en que, si las enfermeras se sienten muy identificadas con su perfil adquirido, el no encontrarse trabajando en el mismo puede ir en detrimento de

sus puntuaciones en satisfacción laboral y *work engagement*, que están negativamente correlacionados con GHQ-28. También podríamos plantearnos la posibilidad de que personas muy arraigadas a su perfil, se sientan más inseguras trabajando en contextos diferentes al mismo. A este respecto, se ha realizado alguna revisión de la literatura en la que se ha sugerido que hay una relación entre la personalidad de las enfermeras y la especialidad (Kennedy, Curtis, y Waters, 2014). De hecho, se ha llegado a sugerir previamente a esta revisión que las enfermeras pueden sentirse atraídas hacia ciertas especialidades como resultado de su personalidad (McPhail, 2002). Esto muestra coherencia con el análisis que encontró diferencias estadísticamente significativas en disfunción social entre enfermeras que poseían especialidad/perfil (puntuando más alto el hecho de poseerlo) (González-Gancedo et al., 2019). No obstante hay análisis que señalan bajos niveles de autoridad en la toma de decisiones entre enfermeras trabajando en el perfil de urgencias (Adriaenssens et al., 2011) y hay que tener en cuenta que algunos ítems de la subescala “disfunción social” están relacionados con las capacidades de toma de decisiones por lo que probablemente en este caso estaríamos viendo la situación contraria: se ve el problema en enfermeras trabajando en su perfil.

En definitiva, con el análisis realizado no es posible señalar evidencia alguna sobre estas reflexiones. Se alude una vez más a la posibilidad del análisis cualitativo para tratar de arrojar más luz sobre la hipótesis generada de que el poseer una especialidad o perfil, puede influir sobre los niveles de salud de las enfermeras.

Se detectaron otros resultados que muestran diferencias estadísticamente significativas y directas entre ansiedad e insomnio y la variable de formación continuada y de características del puesto. Aun así, tras el examen *post hoc* no llegaron a apreciarse diferencias significativas entre las categorías. Una vez más, habría que remarcar que el ajuste de significación de Bonferroni puede haber tenido efecto sobre ello. Estudios más concretos sobre estos aspectos deberían ser tenidos en cuenta para el futuro.

En definitiva, estas cuestiones relativas a las diferencias en ansiedad-insomnio deberían ser tenidas en cuenta por los servicios de prevención de riesgo laborales de los centros de cara a su prevención o a su mejora. Conociendo este dato, se posibilita el profundizar en la cuestión o poder actuar por adelantado.

5.9.1.3. Diferencias en disfunción social y depresión.

En cuanto a las subescalas de disfunción social y depresión, no aparecen diferencias estadísticamente significativas en función de las variables sociodemográficas, características asociadas al puesto o formación. No obstante, hay que recordar que si que se ha visto previamente influencia del hecho de poseer una especialidad sobre

disfunción social (González-Gancedo et al., 2019) y depresión, aunque simplemente por el hecho de poseer o no una especialidad. Como ya se mencionó, esto podría explicarse en términos de personalidad (McPhail, 2002) o de disatisfacción en nuestro caso, ya que si se ve influencia sobre el total de GHQ-28 y esta a su vez está correlacionada negativamente con *Overall Job Satisfaction Scale*, pero lo cierto es que no encontramos una evidencia de influencia directa de estas variables sobre la disfunción social ni sobre la depresión. En cuanto a las variables relacionadas con la formación continuada, los cursos de formación continuada, muestran una influencia estadísticamente significativa sobre la subescala de depresión, solo que al someterla al análisis *pos hoc* no aparecen diferencias entre las categorías de cursos.

5.9.2. Diferencias en satisfacción laboral.

Al analizar las puntuaciones obtenidas en satisfacción laboral a través del cuestionario *Overall Job Satisfaction Scale*, también se vieron diferencias estadísticamente significativas en función de determinadas variables sociodemográficas, de características relacionadas con el puesto y de variables relativas a la formación. De hecho, es en los niveles de satisfacción laboral donde más influencia estadísticamente significativa se ha detectado respecto a las variables mencionadas. Se aprecia en la Tabla 46, que no hay diferencias estadísticamente significativas en lo relativo a cuestiones sociodemográficas, como por ejemplo respecto al estado civil, o al sexo, a pesar de que otros autores si señalaron diferencias significativas relativas al género usando la misma escala (Carrillo-García et al., 2013; Herrera-Amaya y Manrique-Abril, 2008) o incluso al estado civil (Gandarillas González et al., 2014; Herrera-Amaya y Manrique-Abril, 2008). Sí hemos detectado cuestiones estadísticamente significativas en lo relativo a las características del puesto. Concretamente en tipo de contrato, de cargo desempeñado, de tipo de servicio, en la modalidad de turno, en las características del puesto y en el salario. En lo relativo a las variables sobre formación, también aparecieron diferencias estadísticamente significativas en el caso de “especialidad/perfil” en función de si trabajaba en ello o no. Nótese que en todos los casos las diferencias se mostraron tanto en la escala general como en las subescalas intrínseca y extrínseca (cuyo sumatorio da la puntuación general). No obstante, pueden apreciarse dos excepciones (Tablas 46 y 47): En el caso del tipo de contrato, las diferencias se mostraron en la puntuación general, pero dentro de las subescalas, solamente lo hizo en satisfacción extrínseca. Por otro lado, las diferencias en función de tener una especialidad/perfil y estar o no trabajando en ello, se dieron exclusivamente en satisfacción intrínseca. Esto parece coherente, puesto que podríamos considerar el tipo de contrato como un factor higiénico que por lo tanto influye en satisfacción

intrínseca, mientras que algo tan específico y muchas veces buscado y trabajado por las enfermeras, como lo es una especialidad o perfil, nos lleva a pensar en cuestiones asociadas con el contenido del trabajo. Estas serían características de la satisfacción intrínseca. Vemos por lo tanto, concordancia con las definiciones de Herzberg (Osca, 2004; Pérez y Fidalgo, 1993).

5.9.2.1. Diferencias en satisfacción intrínseca y extrínseca.

Como mencionamos anteriormente, las variables que mostraron diferencias estadísticamente significativas en satisfacción intrínseca fueron el cargo desempeñado, el tipo de servicio, la modalidad de turno, las características del puesto, el salario y finalmente el tener una especialidad/perfil acreditado y estar trabajando en un puesto relacionado. Llama la atención, que estas diferencias estadísticamente significativas se produzcan en satisfacción intrínseca cuando algunas de las variables son claramente extrínsecas (el salario, por ejemplo). No obstante, y teniendo en cuenta la intercorrelación positiva entre las subescalas, se puede entender que se aprecie influencia de la satisfacción intrínseca sobre la extrínseca y viceversa. Esto nos indica que estamos ante un constructo cuyas dimensiones no son independientes entre sí lo que confirma otros análisis previos sobre su consistencia interna (González-Gancedo et al., 2019; Pérez y Fidalgo, 1993). No obstante, en el caso de la especialidad/perfil en situación activa (enfermeras trabajando en esos puestos concretos), a pesar de la significación estadística obtenida en satisfacción intrínseca, en los otros tipos de satisfacción no se muestran dichas diferencias. Es posible que en este caso estemos ante una variable que es muy específica de las cuestiones asociadas al contenido del trabajo. De hecho, algunos investigadores han señalado en sus análisis de satisfacción laboral que las enfermeras mostraron mayores niveles de satisfacción laboral cuando realizaban cuidados de carácter crítico. Es decir, tareas variadas, complejas y difíciles (Hernández et al., 2012). Se trata de factores que restan monotonía al trabajo y que, en muchos casos, suponen retos continuos. Esta suele ser una característica de los trabajos específicos de especialidades/perfiles (unidades de cuidados intensivos, neonatales o urgencias por citar unos ejemplos). En este sentido y en parte coincidiendo con el análisis de Hernández Zavala et al., si nos fijamos en la Tabla 48 y Figura 26, vemos que la mayor satisfacción intrínseca se da entre las enfermeras que están trabajando en un puesto relacionado con su especialidad/perfil (mediana = 29.00; rango intercuartil = [24.00, 38.00]). Estas enfermeras muestran 4 puntos más de mediana en satisfacción que aquellas que teniendo la especialidad o el perfil, no trabajan en un puesto relacionado. A su vez, si volvemos a la Tabla 31 sobre correlaciones, se ve una fuerte asociación negativa con la subescala ansiedad-insomnio ($\rho = -0.441$). Esto nos

indica que, a mayor puntuación en la subescala de satisfacción intrínseca, aparece una menor puntuación para ansiedad-insomnio (menos riesgo de padecer el problema). Esta correlación también se da en el resto de subescalas de GHQ-28, aunque en este caso concreto es más fuerte. Esto muestra coherencia con los resultados discutidos previamente en los que se veía que eran las enfermeras con especialidad/perfil, que no trabajaban en un puesto acorde a esta condición, las que obtenían puntuaciones más altas en ansiedad-insomnio, así como en las otras subescalas (síntomas somáticos o total de GHQ-28) en las que se mostraban diferencias estadísticamente significativas. Este resultado de mayor satisfacción intrínseca en enfermeras con especialidad/perfil activo no había aparecido en el estudio previamente citado, que utilizó estos mismos instrumentos sobre una población de características similares, pero de un único complejo hospitalario de referencia. De hecho, las únicas diferencias aparecidas en satisfacción intrínseca se habían dado entre las categorías de la variable tipo de servicio (González-Gancedo et al., 2019).

Respecto al cargo desempeñado, vemos también diferencias estadísticamente significativas entre sus categorías en relación a las puntuaciones alcanzadas para satisfacción intrínseca. Al realizar el análisis *post hoc* con el consiguiente análisis por parejas se ve que sólo en tres de los cargos hay diferencias estadísticamente significativas: entre enfermeras y supervisoras y entre enfermeras y enfermeras en cargos de dirección o gestión (Tabla 64). En este caso son las enfermeras las que obtienen la puntuación más baja en satisfacción intrínseca (mediana = 28; rango intercuartil = [21.35]), siendo esta puntuación notablemente más baja que las de las enfermeras en puestos de dirección o gestión (mediana = 41; rango intercuartil = [35.45]). Otros análisis que utilizaron esta misma encuesta, detectaron una tendencia similar por la cual las personas que trabajaban en gerencia mostraban una mayor satisfacción laboral que las enfermeras (Carrillo-García et al., 2015). En dicho trabajo, las puntuaciones para satisfacción intrínseca fueron $M = 36.24$, $DT = 5.81$ para los trabajadores de gerencia y $M = 32.17$, $DT = 8.28$ para las enfermeras. Aun así, existe una diferencia entre las categorías del mencionado trabajo y nuestros datos. En primer lugar, en la categoría enfermera engloba a todas las enfermeras mientras que es posible que en la categoría gerencia, englobe a profesionales de distintas categorías que trabajan en una gerencia como institución (Carrillo-García et al., 2015). La diferencia es que en nuestro análisis aludimos a las enfermeras que trabajan en la dirección de Enfermería o en otros puestos de gestión como puede ser la gestión de la aplicación informática de cuidados o el servicio de atención al paciente, por citar ejemplos. Esto hay que tenerlo en cuenta ya que no nos permite realizar una aseveración rotunda en

la comparación. Volviendo al análisis de esta variable en nuestra muestra, vemos que las diferencias son significativas tanto en satisfacción intrínseca como extrínseca. Se podría pensar que estamos ante una variable que por un lado presenta importantes características de factores higiénicos, como puede ser el salario o el horario laboral (el no tener que trabajar a turnos rotatorios, por ejemplo) y que a su vez puede presentar características más asociadas al contenido del trabajo en sí. Esto queda patente en las puntuaciones en satisfacción extrínseca que son muy similares entre supervisoras y puestos de dirección y gestión (y muy superiores a las del resto de enfermeras), no encontrándose además diferencias estadísticamente significativas al enfrentar estas dos categorías a pesar de que las dos si las muestran por separado en relación a las enfermeras.

En lo que al tipo de servicio se refiere, también vemos que se producen diferencias estadísticamente significativas en satisfacción intrínseca y extrínseca (además de en la general). En esta ocasión y puesto que dentro de esta variable existen 7 categorías distintas, se recurrió de nuevo al análisis *post hoc*, apreciándose algunas diferencias estadísticamente significativas entre algunas parejas de categorías: En satisfacción general (Tabla 66), las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$) al comparar a las supervisoras con las enfermeras correspondientes a los servicios mixtos, servicios quirúrgicos, servicios médicos. Los servicios mixtos también mostraron diferencias significativas al compararlos con enfermeras que respondieron trabajar en algún puesto que no se correspondía con el resto de categorías ("otros"). En satisfacción intrínseca y extrínseca se repiten estos emparejamientos con diferencias estadísticamente significativas (Tablas 68 y 69). Al observar la Tabla 67, con todas las puntuaciones para cada categoría, vemos que tanto las supervisoras como la categoría "otros" obtienen las mayores puntuaciones en satisfacción general (mediana = 76.00; rango intercuartil [65.00, 86.00] y mediana = 76.00; rango intercuartil [61.00, 91.00] respectivamente). Sin embargo, al hablar de satisfacción intrínseca y aunque las dos categorías siguen siendo las que obtienen la máxima puntuación, es la categoría otros la que obtiene el máximo nivel de satisfacción. Esta situación se invierte en la satisfacción extrínseca, alcanzando la mayor puntuación en el colectivo de supervisoras. Es necesario señalar, que estas categorías muestran similitudes con algunas de las mencionadas en la variable "cargo". En el caso de las supervisoras, es obvio, y en el caso de la categoría "otros", porque puede incluir enfermeras de la dirección o encargadas de labores de gestión, que no estuviesen adscritas a las otras categorías propuestas. De esta forma, se plantea al igual que en la variable cargo, la posibilidad de que el tipo de servicio pueda implicar que existan factores higiénicos y a la vez de contenido del trabajo. Una vez vista esta

comparación entre supervisoras y “otras”, recordemos que las enfermeras pertenecientes a servicios médicos, quirúrgicos y mixtos, también muestran diferencias estadísticamente significativas en relación a las supervisoras, detectándose en ellas niveles mucho más bajos en todas las dimensiones de satisfacción laboral. De todas ellas las que muestran niveles más bajos son las enfermeras pertenecientes a servicios mixtos. Este predominio en las tres subescalas de satisfacción de las categorías de supervisoras y enfermeras en puestos de dirección y gestión ya se vio en estudios previos (González-Gancedo et al., 2019).

Según el tipo de contrato, solo se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en satisfacción general y satisfacción extrínseca, mostrándose en este análisis como una variable de marcado carácter higiénico. De entre todas las categorías en las que se dividía esta variable (seis tipos de contrato), solamente se dieron diferencias estadísticamente significativas entre dos: el estatutario interino y la plaza en propiedad, siendo esta última la que más puntuación obtiene, como era de esperar y como ya se ha visto en trabajos que lo han analizado (Carrillo-García et al., 2015; González-Gancedo et al., 2019). Incluso en trabajos que simplemente diferenciaron entre contrato indefinido y contrato definido, mostrando mayor satisfacción el indefinido (que se entiende como más prolongado en el tiempo) (Herrera-Amaya y Manrique-Abril, 2008).

La modalidad de turno también parece influir en la puntuación que obtienen alguna de sus categorías en satisfacción laboral. En este caso las diferencias también se dan en las tres dimensiones de satisfacción salvo en el caso del turno de noches fijas, que no ha mostrado diferencias estadísticamente significativas en satisfacción intrínseca. Las parejas de categorías entre las que ha habido diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) fueron el turno de mañanas fijas frente a las noches fijas, el turno irregular, el rotatorio de una noche, el rotatorio de 2 noches y la categoría de inclasificables denominada “otros”. Es el turno de mañanas fijas el que muestra más diferencias en relación al resto tal y como puede apreciarse en la Tabla 71. Este turno alcanza la mayor puntuación para satisfacción general (mediana = 74.50; rango intercuartil = [59.00, 86.00]) así como para la satisfacción intrínseca (mediana = 34.00; rango intercuartil = [28.00, 41.00]) y extrínseca (mediana = 39.00; rango intercuartil [32.00, 45.00]). En contraposición, de todos los turnos señalados, el que menos niveles mostró fue el de noches fijas, (mediana = 44.00; rango intercuartil = [38.00, 62.00] en satisfacción general y mediana = 25.00 [22.00, 33.00] en satisfacción extrínseca). A este respecto, hay que tener en cuenta que las noches pueden ser monótonas en lo relativo al contenido del trabajo y por lo tanto el efecto sobre las características asociadas al contenido del trabajo (factores intrínsecos) no haber sido significativo. No obstante, también hubiese

sido de esperar, según este razonamiento, puntuaciones significativas y a la vez muy bajas en satisfacción intrínseca. En cuanto a los turnos rotatorios no vemos diferencias significativas entre los mismos, pero si entre estos y las mañanas fijas, mostrando más satisfacción las enfermeras de este turno. No obstante, vemos que de todos los turnos rotatorios, el de dos noches (2 mañanas, 2 tardes y 2 noches) es el que ofrece mayores puntuaciones para satisfacción general y extrínseca, y que el turno irregular (no sigue una periodicidad) es el que obtiene puntuaciones más bajas en estas dos dimensiones, pero curiosamente, en la dimensión de satisfacción intrínseca es en el que se obtienen puntuaciones más elevadas si lo comparamos con el de una noche (2 mañanas, 2 tardes y 1 noche) y con el de 2 noches. Esto podría explicarse por el hecho de que la persona en un turno irregular suele interaccionar con un número mayor de profesionales y también puede haber un menor grado de monotonía y mayor grado de reto y desafío al tener que adaptarse a ambientes que pueden ser más cambiantes que si se está trabajando en un turno regular. Vemos de esta forma que pueden darse aspectos relacionados al contenido del trabajo que hagan incrementar significativamente los niveles de satisfacción intrínseca. Es interesante reseñar respecto a esta variable, que es frecuente encontrársela asociada a cuestiones relacionadas con la salud (Korompeli et al., 2014), o concretamente con situaciones de ansiedad insomnio, como se ha visto, sin encontrar relación con la satisfacción laboral. En este sentido nuestro análisis difiere del resultado de un trabajo previo que analizo estos tipos de turno en concreto (González-Gancedo et al., 2019). No obstante, aunque no veamos esta influencia directa sobre las subescalas de GHQ-28, conviene recordar la importante correlación negativa que hemos detectado entre las mismas y las subescalas de *Overall Job Satisfaction Scale*.

La modalidad de características del puesto fue una variable que también mostró diferencias estadísticamente significativas en las tres dimensiones de satisfacción laboral. Tras el análisis *post hoc* se ve que solo hay tres categorías implicadas. Dichas categorías son: “trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas”, “trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas”, y la categoría “otros”, siendo la primera la que más satisfacción obtiene en las tres dimensiones. La categoría “otros” (otras modalidades de turno) es la que obtiene las puntuaciones más bajas y no muestra significación estadística en satisfacción intrínseca (Tabla 75). Si que hay que señalar que esta cuestión relativa a la estabilidad del puesto dentro de la institución no había mostrado diferencias estadísticamente significativas con salud, satisfacción laboral o *engagement* en análisis previos (González-Gancedo et al., 2019). No obstante si que se afirma que la estabilidad

otorgada por determinados contratos puede influir sobre la satisfacción (Herrera-Amaya y Manrique-Abril, 2008).

Finalmente, en lo relativo a la variable salario, las diferencias significativas, se aprecian para las tres dimensiones de satisfacción laboral al comparar a las enfermeras que cobran entre 1500 y 2000 €, y las que cobran entre 2000 y 2500 €. Llama también la atención que, siendo una característica claramente higiénica, se muestren diferencias significativas en satisfacción intrínseca. Esta diferencia no aparece en trabajos previos en los que sólo se ven diferencias estadísticamente significativas en satisfacción extrínseca y general (González-Gancedo et al., 2019; Herrera-Amaya y Manrique-Abril, 2008). No obstante, debemos tener en cuenta que por un lado, enfermeras con mayor edad es probable que tengan un mayor salario debido al cobro de complementos. A su vez veíamos que la edad estaba correlacionada positivamente con la satisfacción laboral (incluso la intrínseca). Esto unido a que puede haber puestos asociados a cargos con salarios más elevados que como ya vimos, mostraban influencia significativa, podría explicar este resultado en satisfacción intrínseca. Es reseñable también, que tras el análisis *post hoc* sobre satisfacción extrínseca, también se muestran diferencias estadísticamente significativas entre las enfermeras que cobran menos de 1500 € al mes y las que cobran entre 2000 y 2500 €. Llama la atención que además las puntuaciones en satisfacción extrínseca, son más altas para las personas que cobran menos de 1500 €/mes y las que cobran entre 1500 y 2000 € (Figura 45). Cabría pensar que quizás las personas que cobran menos, lo hacen por que están contratadas bajo alguna reducción de horario de trabajo, que les permite atender cuestiones prioritarias o incluso disfrutar de ocio y tiempo libre, repercutiendo positivamente en la satisfacción extrínseca. Además, como ya se ha visto en nuestros resultados sobre *engagement*, un sector de este tipo de contratos, muestra puntuaciones elevadas y estadísticamente significativas en vigor y dedicación. Este fenómeno curioso, por el que personas que cobran menos muestran mayores puntuaciones en satisfacción laboral (aunque solo significativa en general y extrínseca) ya se ha visto en el pasado en un contexto muy similar (González-Gancedo et al., 2019).

5.9.3. Diferencias en *work engagement*.

Para el análisis de los niveles de *work engagement* se recurrió a la escala UWES-17, que está dividida en 3 subescalas que coinciden con las tres dimensiones de *work engagement* (vigor, dedicación y absorción). Una vez más se recurrió a un análisis no paramétrico general utilizando el test U de Mann Whitney para 2 muestras independiente y de Kruskal-Wallis para K muestras independientes. Aquellas variables en las que se

vieron diferencias estadísticamente significativas con este último test, fueron sometidas al análisis *post hoc*.

En lo que al análisis de U de Mann Whitney se refiere, también se han apreciado diferencias estadísticamente significativas en *work engagement*. Estas se encuentran entre las enfermeras que poseen una especialidad/perfil y se encuentran trabajando en un puesto relacionado y las que poseyendo la especialización/perfil, se encuentran trabajando en un puesto no relacionado. Esta diferencia se da en la subescala de dedicación ($z = -2.49$; $p = 0.01$) (Tabla 52). Una vez más vemos que es la opción “sí” (tener la especialidad/perfil y estar trabajando en un puesto relacionado), la que obtiene una puntuación mayor en dedicación (mediana = 5.60; rango intercuartil = [4.80, 5.80]) (Tabla 54, Figura 27). Esta puntuación se encuentra en el rango de “alto” del baremo para *work engagement* (4.91 -5.79) y se sitúa muy cerca del de “muy alto” (≥ 5.80) (Salanova y Schaufeli, 2009; Schaufeli y Bakker, 2011). No obstante, el otro grupo de enfermeras también se encuentra en este rango, pero justo en el límite inferior, más cerca del estado moderado. En definitiva, ambos grupos de enfermeras con especialidad/perfil se encuentran en estados de “alta” dedicación, pero son las que se encuentran trabajando en un puesto relacionado las que obtienen una mayor puntuación, acercándose al estado de “muy alto”. Este dato es interesante dada la fuerte correlación que existe entre la subescala de dedicación y las subescalas de GHQ-28 (negativa) y sobre todo con las subescalas de *Overall Job Satisfaction Scale* (positiva). De hecho, la correlación más fuerte es la que se establece entre dedicación y satisfacción intrínseca ($\rho = 0.621$). Esto es coherente con lo mencionado acerca de la fuerte correlación entre satisfacción laboral y *work engagement*. También parece lógico que estas personas que se muestran con una identificación fuerte con su trabajo, que lo perciben como una experiencia significativa, inspiradora y desafiante además de entusiasmados y orgullosos de su trabajo, obtengan como se ha visto altas puntuaciones (y estadísticamente significativas) en satisfacción intrínseca ya que esta hace referencia a cuestiones de contenido del trabajo (Schaufeli y Bakker, 2011). Esto también podría estar relacionado con el hecho de que las enfermeras con esta característica (especialidad/perfil activo), es probable que se enfrenten a situaciones críticas en su día a día que puedan suponer un desafío (característica de la dedicación). No deja de llamar la atención la gran influencia de esta variable en los tres aspectos centrales analizados en esta Tesis (salud, satisfacción laboral y *engagement*). Aunque si que hay trabajos relacionados con el análisis de la especialidad (en distintas acepciones) en Enfermería (Adriaenssens et al., 2011; Browning et al., 2007; Kennedy et al., 2014; McPhail, 2002), hasta donde conocemos solamente un estudio la analizó

de la forma en la que lo hemos hecho en la presente Tesis (González-Gancedo et al., 2019). Tanto en nuestro trabajo como en el trabajo previamente referido, se ve que es una variable con influencia, pero en nuestro estudio hemos obtenido información mucho más concreta. Mientras que en el trabajo mencionado solo se veía influencia por el hecho de tener o no especialidad, en el actual solo se aprecian resultados significativos entre los que la tienen, en función de si están trabajando en un ámbito de su especialidad o en otro ámbito no relacionado. Además, en el caso mencionado, sólo hubo diferencias estadísticamente significativas en ansiedad-insomnio. No obstante, a la hora de realizar esta comparación es necesario recordar el carácter multicéntrico y más amplio en lo que a tipo de hospital se refiere. De aquí es posible hipotetizar, que incluso el tipo de hospital pueda suponer una influencia a este respecto, sobre la que habrá que profundizar en el futuro.

El resto de variables que mostraron diferencias estadísticamente significativas con alguna de las dimensiones de *work engagement* fueron el tipo de jornada laboral (vigor y dedicación; $p = 0.01$), el cargo desempeñado ($p = 0.01$ en vigor, $p = 0.04$ en dedicación y $p = 0.00$ en absorción), el tipo de servicio ($p = 0.03$ en vigor y $p = 0.00$ en absorción) y la modalidad de turno ($p = 0.02$ en vigor y $p = 0.00$ para absorción). Tras el análisis *post hoc* de estas variables (Tabla 82) se aprecia que la variable “tipo de jornada” que hasta ahora no se había revelado como una variable que aportase diferencias estadísticamente significativas, aquí si lo hace. No obstante estas categorías se habían analizado con anterioridad dentro de la variable tipo de contrato, donde sí habían mostrado diferencias estadísticamente significativas en las tres dimensiones de *engagement* (González-Gancedo et al., 2019). En nuestro caso, las diferencias se dan al comparar entre las enfermeras a las que se les ha ofrecido un contrato a media jornada y las enfermeras que han solicitado la media jornada por iniciativa propia por un lado, y las enfermeras a jornada completa por otro (Tabla 83). En este sentido, llama la atención que son las enfermeras a las que se les ha ofrecido un puesto a jornada parcial las que más puntuaciones alcanzan en vigor y en dedicación (Tabla 84). Dichas enfermeras alcanzan niveles de “alto” en vigor (mediana = 5.50; rango intercuartil = [4.83, 5.83]) y de “muy alto” (mediana = 5.80; rango intercuartil = [5.20, 6.00]) en dedicación en el baremo de UWES-17 (Salanova y Schaufeli, 2009; Schaufeli y Bakker, 2011). Es curioso que las enfermeras que se encuentran trabajando en la misma característica de turno, con la diferencia de que fueron ellas las que solicitaron la reducción de la jornada, muestran puntuaciones más bajas, bajando incluso hasta el rango “moderado” en vigor (mediana = 4.50; rango intercuartil = [4.00, 5.17]). En análisis previos, estudiando estas mismas categorías se vio una tendencia similar, y al igual que

en ese caso, puede haber variables no tenidas en cuenta en la presente Tesis, que estén influyendo en este hecho. Cabría pensar que las personas que solicitan dicha reducción, lo hacen muchas veces condicionadas por situaciones familiares que aumentan la carga de cuidados fuera del ámbito laboral (González-Gancedo et al., 2019). Es decir, se dan circunstancias personales que obligan a la enfermera a reducir su jornada para atender más enérgicamente aspectos de su vida personal, con la consecuente pérdida económica. Es lógico pensar además, que situaciones de este tipo en ocasiones pueden ser estresantes y generar estados de ansiedad o depresión o incluso ahondar en cuestiones como el síndrome de *burnout*, que como ya se explicó anteriormente, puede ser considerado la antítesis del *work engagement* (Rodríguez-Muñoz y Bakker, 2013; Salanova y Schaufeli, 2009; Schaufeli y Bakker, 2011). También hay que pensar que situaciones de este tipo parecen correlacionar negativamente con las subescalas de *work engagement*. Una vez más, se antoja útil la profundización en la cuestión a través de análisis de tipo cualitativo.

En cuanto a la variable “carga” (Tablas 86 y 87), solamente aparecen diferencias estadísticamente significativas en absorción al comparar a las supervisoras con el resto de enfermeras, obteniendo una mayor puntuación las supervisoras, (mediana = 5.17; rango intercuartil = [4.67,5.67]) lo cual puede estar relacionado con las diferencias estadísticamente significativas que obtuvieron en satisfacción intrínseca en esas variables que en principio podrían aparentar estar más relacionadas con la extrínseca.

El tipo de servicio también (Tablas 88 y 89) pareció influir sobre las puntuaciones en absorción, obteniendo (en coherencia con lo anterior) las supervisoras la máxima puntuación (mediana = 5.00; rango intercuartil = [4.50,5.67]) y siendo esta diferencia solamente significativa con la categoría “servicios médicos”.

Finalmente, la variable modalidad de turno también mostro únicamente diferencias estadísticamente significativas para absorción, tras el análisis por parejas de las categorías de turno. Sólo se establecieron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.00$) entre el turno rotatorio de 2 noches y el de mañanas fijas, siendo este último el que mayor puntuación obtuvo (mediana = 5.00; rango intercuartil = [4.33, 5.67]).

5.9.4. Modelos de regresión lineal.

Finalmente, se ha procedido a un análisis de regresión lineal múltiple por pasos hacia atrás. Esto puede ser de interés, ya que con el análisis correlacional desarrollado no podíamos establecer predicciones ni causalidad. De esta forma se ha tratado de determinar si se pueden ofrecer predicciones acerca de los niveles de salud general en base a las puntuaciones para salud general y *work engagement*. Por lo tanto, tomando

las subescalas de GHQ-28 como variables dependientes es posible señalar en qué porcentaje influyen la satisfacción laboral y el *work engagement* sobre su variabilidad.

Las pruebas se han realizado tomando el total de GHQ-28 como variable independiente y también cada una de sus subescalas (síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión).

Vemos que si tomamos el total de GHQ-28 como variable dependiente, sólo aparece un modelo explicando el 40% de la variabilidad o varianza de la puntuación total obtenida para GHQ-28 mediante el método Likert que incluye todas las subescalas de satisfacción laboral (excluyendo la puntuación total de satisfacción general) y de *work engagement*. La absorción es la que explica la mayor variabilidad dentro del modelo ($B = 0.51$; $t = 8.28$; $p = 0.00$) (Tabla 93). Sin embargo, si realizamos el análisis tomando las subescalas como variables independientes, se aprecia que el vigor, la dedicación y la absorción forman parte de todos los modelos que surgen, siendo la variable absorción la que más explica las variabilidades en cada caso y que además al ser un valor positivo, se entiende que a mayor absorción se puntuará más en cada subescala de GHQ, sin embargo, el resto de subescalas de satisfacción laboral y *work engagement* presentan valores negativos, por lo que a mayor puntuación menor será la de las subescalas de GHQ-28. Por otro lado, aunque vemos que la satisfacción laboral aparece en todos los modelos hay algunas diferencias: para síntomas somáticos aparecen ambos tipos (intrínseca y extrínseca); para ansiedad-insomnio la satisfacción intrínseca es excluida del modelo (Tabla 100); para disfunción social, la satisfacción intrínseca está presente, mientras que la extrínseca es excluida (Tabla 106) y para depresión ocurre lo mismo. Es curioso este rol en absorción. Por un lado, vemos como toma una tendencia distinta a la del vigor y dedicación. Por otro lado, hay que recordar que se refiere a aspectos cognitivos. Por ello cabría pensar que una elevada absorción, puede conducir a un estado de concentración total que provoque el no poder desenganchar con facilidad de la tarea (Bakker, 2011) y de esta forma descuidar otros aspectos importantes de la vida. No obstante, con los datos que tenemos no es posible confirmar este razonamiento. Aun así, puede ser lógico que la absorción adopte una tendencia distinta a la del vigor y la dedicación. No hay que olvidar que mientras el vigor es una cuestión afectiva y dedicación es una cuestión más motivacional, el estado cognitivo de la absorción suele identificarse con un estado de *flow*, aunque no sean lo mismo por la diferencias de la persistencia en el tiempo (Salanova y Schaufeli, 2004). Por último, respecto a la posibilidad de que altos niveles de absorción puedan influir en las puntuaciones de salud de forma que puedan aparecer problemas, hay que señalar que existe literatura en la que se sugiere que altos niveles de *work engagement* pueden ir en detrimento de la

salud. Concretamente, se ha visto una relación curvilínea entre *work engagement* y distrés psicológico. Los autores especifican que en el corto plazo altos niveles de *work engagement* pueden ir en detrimento de la salud mental, pero que esta situación puede invertirse en el largo plazo (Shimazu, Schaufeli, Kubota, Watanabe, y Kawakami, 2018). En este sentido, en el que la elevada absorción aparentemente puede resultar problemática, hay que resaltar que la muestra del presente análisis obtuvo una puntuación categorizada como alta, a la vez que la media en GHQ-28 está por encima de la puntuación umbral para comenzar a padecer problemas de salud. Esto muestra coherencia con lo señalado por los autores citados (Shimazu, Schaufeli, Kubota, Watanabe, y Kawakami, 2018).

Independientemente, es posible ver en el presente análisis modelos por los cuales los niveles de satisfacción laboral y de *work engagement* suponen una influencia sobre el estado de salud. Por lo tanto, actuaciones concretas sobre estas variables, estarían indicadas en las labores de prevención de riesgos laborales.

5.9.5. Limitaciones.

Esta Tesis Doctoral presenta una serie de limitaciones que es necesario tener en consideración. Aunque el tamaño muestral ha sido suficientemente grande como para poder realizar los análisis seleccionados, no se ha conseguido un tamaño que nos permita dar cobertura a la variabilidad de enfermeras y hospitales de los sistemas públicos de salud existentes en España. Por lo tanto, no es posible asegurar que los resultados aportados puedan extrapolarse a otras enfermeras distintas a las que conformaron la muestra. Por otro lado, tampoco ha cubierto al colectivo de enfermeras que trabaja en otros ámbitos distintos al de la atención especializada (atención primaria, centros de atención a personas con diversidad funcional, colegios, o residencias relacionadas con los servicios sociales, por citar ejemplos). Tampoco podría extrapolarse a enfermeras que desempeñan su labor en el ámbito privado.

En cuanto al método de recogida de datos seleccionado, con cuestionarios autoadministrados, hay que tener en cuenta que puede suponer una limitación, ya que el propio estado afectivo de las enfermeras puede condicionar la respuesta, provocando que enfermeras insatisfechas o poco motivadas no contesten. Esto podría haber provocado que las enfermeras menos motivadas o más insatisfechas se vean infrarrepresentadas en nuestra muestra si han optado por no participar en el trabajo.

Otro aspecto es el referido a la recogida de datos. El uso del correo corporativo es relativamente reciente en muchos de los hospitales en los que se ha llevado a cabo el estudio, no estando aún muy extendida la cultura de su uso. Por este motivo cabría

pensar que muchas enfermeras pueden no haber visto los correos solicitando la participación y por lo tanto no haber participado, limitándose de esta forma el tamaño muestral obtenido.

5.9.6. Aplicabilidad y líneas futuras.

Los resultados de esta Tesis doctoral pueden ser útiles de cara a la elaboración de programas de prevención de riesgos laborales y de motivación del personal de Enfermería, así como a fomentar la excelencia en los cuidados de Enfermería que se administran a los usuarios de los hospitales. También arrojan pistas a los gestores, sobre qué aspectos trabajar de cara a la mejora de los niveles de satisfacción laboral y de *work engagement*. Además, informan sobre características concretas del trabajo que son susceptibles de ser remodeladas con el objeto de mejorar el bienestar de los trabajadores.

La metodología se ha mostrado útil en la recolección de datos, con lo que podría ser tenida en cuenta de cara a la monitorización periódica de los niveles de satisfacción laboral, de *work engagement* o del estatus de salud de los trabajadores.

El tomar en consideración los datos que se han revelado como determinantes de los niveles de salud general, satisfacción laboral y *work engagement*, podría permitir detectar a personas con mayores probabilidades de padecer disminuciones en los niveles de alguna de estas variables (aquellas que encajen en categorías determinadas que se ven perjudicadas). En este sentido podrían buscarse perfiles que se ajustasen a las categorías con diferencias estadísticamente significativas y que tienden a puntuar más bajo en satisfacción o *engagement* o más alto en GHQ-28, para trabajar con ellos los probables problemas y tratar de invertir dicha tendencia. Es decir, esto no sólo permitiría a los servicios de PRL detectar casos, sino que podrían determinar el contexto en el que se está produciendo el caso y estudiar las posibilidades de ajuste del mismo.

Tanto los responsables del bienestar de las enfermeras en el hospital como las propias enfermeras, deberían ser conscientes de la importancia de estos aspectos de cara al mantenimiento y mejora de su bienestar y seguridad. Por todo lo mencionado durante este trabajo, parece claro que repercuten en la propia recuperación y seguridad de los pacientes. Por ello también se puede considerar a los usuarios del sistema de salud, como potenciales beneficiarios de los aspectos positivos que supondría el utilizar la información aportada por esta Tesis para mejorar las condiciones laborales.

En el futuro, sería interesante el desarrollo de un estudio longitudinal con una mayor muestra y número de hospitales, teniendo en cuenta estas variables y añadiendo otras variables moderadoras o mediadoras que no se han incluido en este análisis. Sería

interesante, asimismo, realizar análisis cualitativo tratando de profundizar en aquellos casos en los que se aprecian variables con diferencias estadísticamente significativas, pero que no se puede asegurar la causa con exactitud (por ejemplo, en el caso de poseer especialidad/perfil en relación con el tipo de trabajo que desempeñan).

Capítulo 6

Conclusiones / Conclusions

6.1 Conclusiones

Tras el análisis realizado, se han obtenido las siguientes conclusiones:

Se aprecia en el marco teórico del trabajo, así como en su justificación, evidencia científica acerca de la relación entre salud, satisfacción laboral y *work engagement* y la calidad de los cuidados.

Se ha comprobado la idoneidad de las escalas GHQ-28, *Overall Job Satisfaction Scale* y UWES-17 para la medición del estatus de salud, los niveles de satisfacción laboral y de *work engagement*, dados sus buenos resultados en consistencia interna.

El método Likert de puntaje para GHQ-28 es el que mejores niveles de consistencia interna ha mostrado al compararlo con los métodos GHQ (binario) y CGHQ.

Existe una correlación clara y con valores importantes entre las variables de salud general, satisfacción laboral y *work engagement*. Dicha correlación es negativa entre salud general y las otras dos variables. A menores niveles de satisfacción laboral y *work engagement* mayores puntuaciones para problemas de salud y viceversa.

La edad ha mostrado correlación positiva débil con los niveles de absorción y de satisfacción laboral. Los años de experiencia laboral también muestran correlaciones débiles con la satisfacción laboral.

Los niveles de salud general en la población estudiada están por encima de la puntuación umbral para comenzar a padecer problemas de salud.

Los niveles de satisfacción laboral son similares a los ofrecidos por algunos estudios previos que utilizaron la misma escala. Por otra parte, también existen otros estudios previos en la literatura que utilizan la *Overall Job Satisfaction Scale*, realizados en el sureste del país o en países hispanohablantes, en los que los niveles de satisfacción laboral estaban por encima de los obtenidos en esta Tesis Doctoral.

En cuanto a los niveles de *work engagement*, se aprecian niveles moderados en vigor y dedicación y altos en absorción.

Las variables que mostraron tener influencia sobre la salud general fueron el sexo, el tener especialidad/perfil en función de si el trabajo está relacionado o no con la misma y el tipo de hospital.

Concretamente, las mujeres muestran más posibilidades de padecer síntomas somáticos. La probabilidad de padecer síntomas somáticos también fue mayor entre las enfermeras que tienen una especialidad/perfil, pero cuyo trabajo no está relacionado con el mismo, mostrando también puntuaciones más altas para ansiedad-insomnio y en el total de la puntuación de GHQ-28. Finalmente, la ansiedad-insomnio también es más elevada entre las enfermeras que trabajan en hospitales de área.

En síntesis, una enfermera mujer, que trabaja en un hospital de área y en un puesto no relacionado con su especialización o perfil acreditado puede mostrar puntuaciones más elevadas en las subescalas de síntomas somáticos y ansiedad-insomnio y en la puntuación total de GHQ-28, entendiéndose como un aumento de las posibilidades de padecer problemas de salud.

El tipo de contrato, de cargo, de servicio, de turno, de características del puesto y de salario muestran influencia sobre la satisfacción laboral. Asimismo, el tener especialidad/perfil, en función de si el trabajo está relacionado o no con la misma, también afecta a la satisfacción laboral.

Las enfermeras con contrato de interinidad mostraron los valores estadísticamente significativos más bajos en satisfacción laboral general y extrínseca.

Las puntuaciones más bajas y estadísticamente significativas sobre los tres tipos de satisfacción laboral se dieron en enfermeras trabajadoras sin cargos de supervisión o gestión y entre las enfermeras trabajadoras en servicios mixtos.

Las enfermeras trabajando el turno de noches fijas son las que puntuaron más bajo en satisfacción general y extrínseca, mientras que las del turno rotatorio de una y 2 noches lo hicieron en satisfacción intrínseca.

Asimismo, también obtuvieron puntuaciones más bajas y estadísticamente significativas en los tres tipos de satisfacción laboral entre las enfermeras con un turno regular que eran movidas a otras plantas ocasionalmente. Estas puntuaciones fueron más bajas incluso entre enfermeras que no se vieron reflejadas en las características de puesto presentadas como opciones de respuesta.

Las enfermeras con salarios situados entre 1500 y 2000 € mensuales, son las que mostraron puntuaciones más bajas en los tres tipos de satisfacción, siendo incluso más baja que las enfermeras con salarios menores en el caso de la satisfacción intrínseca.

Las enfermeras especialistas o con perfil acreditado que trabajan en puestos no relacionados con esta circunstancia, mostraron puntuaciones más bajas y estadísticamente significativas en satisfacción intrínseca.

En síntesis, una enfermera interina con salario entre 1500 y 2000 €, trabajando como enfermera de hospitalización en un servicio mixto (incluyendo más de una especialidad médica), en el turno de noches fijas o en los rotatorios de una o 2 noches, siendo movidas ocasionalmente a otras plantas y que posean una especialidad o perfil no relacionados con su trabajo, tiene más posibilidades de mostrar niveles bajos de satisfacción laboral frente a otras.

El tipo de jornada laboral, el cargo desempeñado, el tipo de servicio y de turno, además de tener especialidad/perfil en función de si el trabajo está relacionado o no con la misma, influyen sobre los niveles de *work engagement*.

Así el vigor y la dedicación mostraron diferencias estadísticamente significativas en función de la jornada, apreciándose contraste entre los tipos de jornada parcial. Las enfermeras que solicitaron esta jornada son las que más bajo puntuaron mientras que aquellas a las que se les ofertó, puntuaron incluso más alto que las enfermeras a jornada completa.

Las enfermeras con especialidad/perfil acreditado, cuyo trabajo no estaba relacionado con dicha circunstancia, también obtuvieron puntuaciones más bajas y estadísticamente significativas en dedicación.

La absorción también mostró diferencias estadísticamente significativas respecto al cargo y al tipo de servicio: las enfermeras sin ningún tipo de cargo puntuaron más bajo en absorción al compararlas con las supervisoras. Lo mismo ocurrió con las enfermeras trabajando en servicios médicos y en el turno rotatorio de 2 noches.

Podría interpretarse, que una enfermera trabajando a jornada parcial (solicitada por ella), en un servicio médico, en turno rotatorio de dos noches y en un trabajo no relacionado con su especialidad/perfil en caso de poseerlo, tiene más posibilidades de obtener puntuaciones bajas en *work engagement*.

El tener especialidad/perfil en función de si el trabajo desempeñado está relacionado con la misma o no, se presenta como una variable con importancia y relacionada con la

formación. En este caso, la variable influye las tres variables que componen el núcleo de análisis de esta Tesis: satisfacción laboral, *work engagement* y salud general.

Se han obtenido modelos predictivos que explican la variabilidad en los niveles de salud general, en los que la absorción parece jugar un papel importante e incluso influir en detrimento de los niveles de salud.

Los resultados y relaciones entre variables obtenidos en esta Tesis Doctoral pueden ser de utilidad a las instituciones para mejorar el bienestar de los trabajadores, lo cual repercutirá sobre la calidad de los cuidados y en consecuencia sobre el bienestar del paciente.

6.2 Conclusions

After the analysis, the following conclusions can be drawn:

In the theoretical framework of the Thesis, as well as in its justification, scientific evidence about the relationship among health, job satisfaction, work engagement and the quality of cares can be observed.

The suitability of GHQ-28, Overall Job Satisfaction Scale and UWES-17 to measure the health status, job satisfaction and work engagement was verified, due to their high reliability.

The Likert method for the scoring of GHQ-28 obtained the highest levels of internal consistence, when compared with GHQ (binary) and CGHQ methods.

There are clear and relevant correlations between general health, job satisfaction and work engagement. The correlation between general health and the other two variables was negative. The lower the scores for job satisfaction and work engagement, the higher the scores for general health and vice versa.

Age showed a positive and weak correlation with the absorption and job satisfaction levels. The years of experience in nursing also showed a weak correlation with job satisfaction levels.

The levels of general health in the population under study were above the threshold score that indicates health-related problems.

The levels of job satisfaction are similar to those obtained in some previous studies using the same tool. Conversely, there are also other previous investigations based on the *Overall Job Satisfaction Scale*, carried out in the south east of Spain and other Spanish-

speaking countries, where the job satisfaction levels were higher than those obtained in this Thesis.

The levels of work engagement were moderate in the vigor and dedication subscales and high in the absorption subscale.

The variables that showed influence over general health were sex and having a speciality/profile, depending on the type of hospital and on whether the work is related to the speciality or not.

Specifically, women show a greater likelihood of suffering from somatic symptoms. The probability of suffering from somatic symptoms was also higher among nurses that have a speciality/profile but whose work is not related to it. These nurses also obtained higher scores in anxiety-insomnia and in the global GHQ-28 score. Finally, the levels of anxiety-insomnia are also higher in nurses working in area hospitals.

Summarising, a female nurse who works in an area hospital and in a position not related to her speciality/profile may show higher scores in the subscales related to somatic symptoms and anxiety-insomnia and in the global GHQ-28 score. This is related to a higher probability of suffering from health problems.

The type of contract, position, service, shift, job features, and salary showed influence over job satisfaction. Having a specialty/profile and whether the work is related to the specialty or not also exhibited an influence over job satisfaction.

Nurses with an interim contract showed significantly lower scores in general and extrinsic job satisfaction.

The lowest and statistically significant scores on the three types of job satisfaction were obtained for nurses without supervision or management responsibilities and for nurses working in mixed services.

Nurses working on the regular night shift obtained the lowest scores in general and extrinsic job satisfaction. Nurses working in the one-night and two-night rotating shift obtained the lowest scores in intrinsic job satisfaction.

Nurses with a regular shift who were occasionally moved to other services also obtained lower statistically significant scores in the three types of job satisfaction. These scores were even lower than those obtained for nurses whose job features were not reflected in the possible responses of the survey.

Nurses with salaries between 1500 and 2000 € per month showed the lowest scores in the three types of job satisfaction. In the case of intrinsic satisfaction, these scores were even lower than for nurses with a lower salary.

Specialised nurses or with a certified profile whose work is not related to this speciality/profile showed lower statistically significant scores in intrinsic satisfaction.

In summary, an interim nurse whose salary is between 1500 and 2000 € per month and working in a mixed hospital service (which includes more than one medical speciality), on a regular night shift, a one-night rotating shift or a two-night rotating shift, who can be occasionally moved to other services and who have a speciality/profile not related to their work has a greater probability of showing low levels of job satisfaction.

The type of workday, the position, the type of service and the shift, as well as having a speciality/profile and whether the work is related to the speciality or not, are related to work engagement levels.

The levels of vigour and dedication exhibited statistically significant differences associated with the type of workday. It should be noted that these differences also appear among the different part-time shifts. Nurses who requested part-time shifts obtained the lowest scores, while nurses who were offered part-time shifts obtained even higher scores than full-time nurses.

Nurses with a certified speciality/profile, whose work was not related to their speciality/profile also obtained lower statistically significant scores in dedication.

Statistically significant differences were also obtained for absorption in relation to the position and the type of service. Nurses without any position of responsibility obtained lower absorption scores when compared to supervising nurses. The same circumstance occurred for nurses working in medical services and on the two-night rotating shift.

It could be stated that a nurse working on a requested part-time shift, in a medical service, in a two-night rotating shift and doing a job not related to her speciality/profile has a higher probability of having lower work engagement levels.

Having a speciality/profile and a having a work related to this speciality or not, seem to be significantly associated with training. At the same time, training seems to influence the three variables that form the core of this Thesis: job satisfaction, work engagement and general health.

Predictive models explaining the variability in the levels of general health were obtained. Results obtained with these models indicate that absorption seems to play a relevant role and even negatively influence health levels.

The results and relationships revealed in this Thesis could be useful for institutions to increase the wellbeing of their workers. This will have a positive repercussion over the quality of cares and, consequently, over patient wellbeing.

Referencias bibliográficas

- Abdelhadi, N., y Drach-Zahavy, A. (2012). Promoting patient care: Work engagement as a mediator between ward service climate and patient-centred care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1276-1287. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05834.x>
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., y Maes, S. (2015a). Association of goal orientation with work engagement and burnout in emergency nurses. *Journal of Occupational Health*. 57(2) <https://doi.org/10.1539/joh.14-0069-OA>
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., y Maes, S. (2015b). Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *Journal of Nursing Management*, 23(3), 346-358. <https://doi.org/10.1111/jonm.12138>
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., Van Der Doef, M., y Maes, S. (2011). Exploring the burden of emergency care: predictors of stress-health outcomes in emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1317-1328. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05599.x>
- Agresti, A., y Finlay, B. (2012). *Métodos estatísticos para as ciências sociais*. Porto Alegre, Brasil: Penso Editora LTDA.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., y Silber, J. H. (2003). Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *Journal of the American Medical Association*, 290(12), 1617-1623. <https://doi.org/10.1001/jama.290.12.1617>
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ (Clinical research ed.)*, 344(March), e1717-e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van Den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Aragonès, E. (2015). Estrategias no farmacológicas para el tratamiento de las

- somatizaciones. *FMC Formacion Medica Continuada en Atencion Primaria*, 22(6), 332-338. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2015.02.025>
- Arnold, J., y Randall, R. (2012). *Psicología del trabajo. Comportamiento humano en el ámbito laboral*. México: Pearson.
- Bakker, A. B. (2011). An Evidence-Based Model of Work Engagement. *Current Directions in Psychological Science*, 20(4), 265-269. <https://doi.org/10.1177/0963721411414534>
- Bakker, A. B., y Oerlemans, W. G. M. (2011). Subjective well-being in organizations. En K.S. Cameron y G.M. Spreitzer (Ed.) *The Oxford handbook of positive organizational scholarship* (pp. 178-189). New York, USA: Oxford University Press. <https://doi.org/10.13140/2.1.1145.4723>
- Bernaldo-De-Quirós, M., Piccini, A. T., Gómez, M. M., y Cerdeira, J. C. (2015). Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 260-270. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.011>
- Browning, L., Ryan, C. S., Thomas, S., Greenberg, M., y Rolniak, S. (2007). Nursing specialty and burnout. *Psychology, Health and Medicine*, 12(2), 248-254. <https://doi.org/10.1080/13548500600568290>
- Brunetto, Y., Xerri, M., Shriberg, A., Farr-Wharton, R., Shacklock, K., Newman, S., y Dienger, J. (2013). The impact of workplace relationships on engagement, well-being, commitment and turnover for nurses in Australia and the USA. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12), 2786-2799. <https://doi.org/10.1111/jan.12165>
- Cantera, F. J. (1986). *NTP 213: Satisfacción laboral: encuesta de evaluación*. Recuperado de https://www.insst.es/documents/94886/327166/ntp_213.pdf/d67a1fbf-c681-48f9-bddc-f8199cc08d2c
- Carrillo-García, C., Martínez-Roche, M. E., Gómez-García, C. I., y Meseguer-DePedro, M. (2015). Job satisfaction of health professionals in a University Hospital: General analysis and job categories. *Anales de Psicología*, 31(2), 645-650. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.169791>
- Carrillo-García, C., Martínez-Roche, M. E., Vivo-Molina, M. C., Quiñonero-Méndez, F., Gómez-Sánchez, R., y Celdrán-Gil, F. (2014). Professional satisfaction for doctors of the Mobile Emergency Team and the Emergency Coordinator Office 061. Region

- of Murcia. *Revista de Calidad Asistencial*, 29(6), 341-349.
<https://doi.org/10.1016/j.cali.2014.11.006>
- Carrillo-García, C., Solano-Ruiz, M. C., Martínez-Roche, M. E., y Gómez-García, C. I. (2013). Job satisfaction among health care workers: the role of gender and age. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21(6), 1314-1320.
<https://doi.org/10.1590/0104-1169.3224.2369>
- Ceballos, P., Valenzuela, S., y Paravic, T. (2014). Factores de riesgos psicosociales en el trabajo: género y enfermería. *Avances en Enfermería*, 32(2), 271-279.
<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v32n2.46231>
- CEE. (1989) *Directiva 89/391/CEE del Consejo de 12 de junio de 1989 relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo*, Pub. L. No. 89/391/CEE, 35. Recuperado de <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/salud-publica/salud-laboral/directiva-89-391-cee-consejo-12-junio-1989-relativa-aplicac.ficheros/22980-Di391-89.pdf>
- Cimiotti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M., y Wu, E. S. (2012). Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *American Journal of Infection Control*, 40(6), 486-490. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2012.02.029>
- CODITA. (2012). Análisis de satisfacción y motivación de los profesionales de Enfermería de Tarragona. *AgInf.*, 16(4), 176-177. Recuperado de https://www.agoradenfermeria.eu/magazine/articles/032_codita_es.pdf
- Comité Mixto OIT-OMS. (1984). *Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención*. Recuperado de <http://www.factorpsicosociales.com/wp-content/uploads/2019/02/FPS-OIT-OMS.pdf>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02310555>
- Dinno, A. (2015). Nonparametric pairwise multiple comparisons in independent groups using Dunn ' s test. *Stata Journal*, 15(1), 292-300. Recuperado de https://pdxscholar.library.pdx.edu/commhealth_fac/44/
- Fernández-Abascal, E., Díaz, M., y Sánchez, M. (Ed.) (2003). Emoción y motivación: la adaptación humana. Volumen II. Madrid, España: Centro de Estudios Ramón Areces. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=152861>

- Fernández-Martínez, E., Andina-Díaz, E., Fernández-Peña, R., García-López, R., Fulgueiras-Carril, I., y Liébana-Presa, C. (2017). Social Networks, Engagement and Resilience in University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), 1488. <https://doi.org/10.3390/ijerph14121488>
- Field, A. (2009). Correlation. En A. Field, *Discovering statistics using SPSS* (pp. 169-196). London, UK: SAGE.
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics*. London, UK: SAGE.
- Flasiński, M. (2016). Theories of Intelligence in Philosophy and Psychology. En M. Flasiński, *Introduction to Artificial Intelligence* (pp. 213-222). https://doi.org/10.1007/978-3-319-40022-8_15
- Forbes, G., Freeman, R., McCombes, W., y Humphris, G. (2014). Job leaving intentions and occupation-related beliefs amongst preregistered dental nurses in Scotland: the mediating role of work engagement and personal accomplishment. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 42(1), 11-19. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12042>
- Foulds, G. A., y Bedford, A. (1975). Hierarchy of classes of personal illness. *Psychological Medicine*, 5(02), 181. <https://doi.org/10.1017/S0033291700056452>
- Frayne, D. (2015). *El rechazo del trabajo* Madrid, España: Ediciones Akal.
- Freeney, Y., y Fellenz, M. R. (2013). Work engagement as a key driver of quality of care: a study with midwives. *Journal of Health Organization and Management*, 27(3), 330-349. <https://doi.org/10.1108/JHOM-10-2012-0192>
- Gandarillas, M., Vásquez, L., Márquez, H., Santamaría, E., Garaña, Ó., y Santibáñez, M. (2014). Job satisfaction and perceived social support among workers from a tertiary hospital. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60(234), 64-89. <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2014000100007>
- García-Sierra, R., Fernández-Castro, J., y Martínez-Zaragoza, F. (2016). Work engagement in nursing: an integrative review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 24(2), E101-E111. <https://doi.org/10.1111/jonm.12312>
- García, C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de Salud General de Golberg. Adaptación Cubana. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.*, 15(1), 88-97. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21251999000100010&lng=es&nrm=iso
- Giallonardo, L. M., Wong, C. A., y Iwasiw, C. L. (2010). Authentic leadership of

- preceptors: Predictor of new graduate nurses' work engagement and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 993-1003. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01126.x>
- Goldber, D., y Williams, P. (1996). *Cuestionario de Salud General GHQ. Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona, España: Masson.
- Goldberg, D. P., y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(01), 139. <https://doi.org/10.1017/S0033291700021644>
- González-Gancedo, J., Fernández-Martínez, E., y Rodríguez-Borrego, M. A. (2019). Relationships among general health, job satisfaction, work engagement and job features in nurses working in a public hospital: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(7-8), 1273-1288. <https://doi.org/10.1111/jocn.14740>
- Goodchild, M. E., y Duncan-Jones, P. (1985). Chronicity and the general health questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 146(JAN.), 55-61. <https://doi.org/10.1192/bjp.146.1.55>
- Guarnaccia, C., Scrima, F., Civilleri, A., y Salerno, L. (2018). The Role of Occupational Self-Efficacy in Mediating the Effect of Job Insecurity on Work Engagement, Satisfaction and General Health. *Current Psychology*, 37(3), 488-497. <https://doi.org/10.1007/s12144-016-9525-0>
- Gupta, V., Agarwal, U. A., y Khatri, N. (2016). The relationships between perceived organizational support, affective commitment, psychological contract breach, organizational citizenship behaviour and work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2806-2817. <https://doi.org/10.1111/jan.13043>
- Harter, J. K., Schmidt, F. L., y Hayes, T. L. (2002). Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87(2), 268-279. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.2.268>
- Havens, D. S., Warshawsky, N. E., y Vasey, J. (2013). RN work engagement in generational cohorts: the view from rural US hospitals. *Journal of Nursing Management*, 21(7), 927-940. <https://doi.org/10.1111/jonm.12171>
- Heritage, B., Pollock, C., y Roberts, L. D. (2015). Confirmatory Factor Analysis of Warr, Cook, and Wall's (1979) Job Satisfaction Scale. *Australian Psychologist*, 50(2), 122-129. <https://doi.org/10.1111/ap.12103>

- Hernández, M., Hernández, A., Nava, M. G., Pérez, M. T., Hernández, M. G., Matus, R., y Balseiro, C. L. (2012). Satisfacción laboral del profesional de enfermería en cuatro instituciones de salud. *Enfermería universitaria*, 9(1), 7-15. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Herrera-Amaya, G., y Manrique-Abril, F. G. (2008). Working Conditions and Job Satisfaction among Nursing Professionals. *Aquichan*, 8(2), 243-256. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=36432591&lang=es&site=ehost-live>
- Herzberg, F. I. (1966). *Work and the nature of man*. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/1966-35012-000>
- ILO. (2011). Encyclopaedia of Occupational Health y Safety. Recuperado de <http://www.iloencyclopaedia.org>
- Innanen, H., Tolvanen, A., y Salmela-Aro, K. (2014). Burnout, work engagement and workaholism among highly educated employees: Profiles, antecedents and outcomes. *Burnout Research*, 1(1), 38-49. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.04.001>
- Innstrand, S. T., Langballe, E. M., y Falkum, E. (2012). A Longitudinal Study of the Relationship between Work Engagement and Symptoms of Anxiety and Depression. *Stress and Health*, 28(1), 1-10. <https://doi.org/10.1002/smi.1395>
- INSST. (2019). Notas Técnicas de Prevención - NTP - INSST. Recuperado 2 de diciembre de 2019, de Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo Recuperado de: https://www.insst.es/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion?p_p_id=101_INSTANCE_39UlxLrTMIXY&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-5&p_p_col_count=1&_101_INSTANCE_39UlxLrTMIXY_delta=200&p_r_p_564233524_keywords=&_101_INSTANCE_39UlxLrT
- Instituto Nacional de Estadística. (2012). Distribución del nº de Enfermeros por CCAA de colegiación, edad y sexo. Recuperado 26 de diciembre de 2019, de INE. Recuperado de : <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p416/a2012/I0/&file=s07003.px&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística. (2018). Nº de Enfermeros por Comunidades, Ciudades

- autónomas y Provincias de colegiación, situación laboral y sexo. Recuperado 20 de diciembre de 2019, de INE. Recuperado de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p416/a2018/I0/&file=s08004.px>
- Ioannou, P., Katsikavali, V., Galanis, P., Velonakis, E., Papadatou, D., y Sourtzi, P. (2015). Impact of job satisfaction on Greek nurses' health-related quality of life. *Safety and Health at Work*, 6(4), 324-328. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2015.07.010>
- Jackson, C. (2007). The General Health Questionnaire. *Occupational Medicine*, 57(1), 79-79. <https://doi.org/10.1093/occmed/kql169>
- Jenaro, C., Flores, N., Orgaz, M. B., y Cruz, M. (2011). Vigour and dedication in nursing professionals: towards a better understanding of work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 865-875. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05526.x>
- Kahn, W. A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, 33(4), 692-724. <https://doi.org/10.2307/256287>
- Kalimo, R., El-Batawi, M. A., y Cooper, C. L. (1988). Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37881/1/9243561022_spa.pdf
- Kennedy, B., Curtis, K., y Waters, D. (2014). Is there a relationship between personality and choice of nursing specialty: an integrative literature review. *BMC nursing*, 13(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12912-014-0040-z>
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., y Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 652-666. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100652>
- Korompeli, A., Muurlink, O., Tzavara, C., Velonakis, E., Lemonidou, C., y Sourtzi, P. (2014). Influence of Shiftwork on Greek Nursing Personnel. *Safety and Health at Work*, 5(2), 73-79. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2014.03.003>
- Kunie, K., Kawakami, N., Shimazu, A., Yonekura, Y., y Miyamoto, Y. (2017). The relationship between work engagement and psychological distress of hospital nurses and the perceived communication behaviors of their nurse managers: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 71, 115-124.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.03.011>

Constitución Española (1978). Congreso de los Diputados. Recuperado de <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=39&fin=52&tipo=2>

Lawrence, L. A. (2011). Work Engagement, Moral Distress, Education Level, and Critical Reflective Practice in Intensive Care Nurses. *Nursing Forum*, 46(4), 256-268. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2011.00237.x>

Leiter, M., y Bakker, A. (2010). Work Engagement. En *Work engagement: A Handbook of Essential Theory and Research*. pp. 1 - 9. London, UK: Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780203853047>

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. (1995) Boletín Oficial del Estado. No. 31/1995, 32590. España. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-24292>

Liébana-Presa, C., Fernández-Martínez, M. E., Gándara, Á. R., Muñoz-Villanueva, M. C., Vázquez-Casares, A. M., y Rodríguez-Borrego, M. A. (2014). Psychological distress in health sciences college students and its relationship with academic engagement. *Revista da Escola de Enfermagem*, 48(4), 715-722. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000400020>

Liébana-Presa, C., Fernández-Martínez, M. E., Vázquez-Casares, A. M., López-Alonso, A. I., y Rodríguez-Borrego, M. A. (2018). Burnout and engagement among university nursing students. *Enfermería Global*, 17(2), 142-152. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.268831>

Liébana Presa, C., Fernández Martínez, M. . E., Bermejo Higuera, J. C., Carabias Maza, M. . R., Rodríguez Borrego, M. . A., y Villaceros Durbán, M. (2012). Emotional intelligence and engagement in San Camilo Centre workers. *Gerokomos*, 23(2), 63-68. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2012000200004>

Llor-Esteban, B., Sánchez-Muñoz, M., Ruiz-Hernández, J. A., y Jiménez-Barbero, J. A. (2017). User violence towards nursing professionals in mental health services and emergency units. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 9(1), 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.ejpal.2016.06.002>

Lobo, A. (1987). «Screening» de trastornos psíquicos en la práctica médica. Zaragoza, España: Secretariado de Publicaciones-Universidad de Zaragoza.

Lobo, A., y Muñoz, P. E. (1996). Versiones en lengua española del GHQ. En D.

- Goldberg, P. Williams (Ed.), *Cuestionario de salud general GHQ. Guía para el usuario de las distintas versiones* (pp. 105-118). Barcelona, España: Masson.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J., y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16(01), 135-140. <https://doi.org/10.1017/S0033291700002579>
- Locke, E. A. (1969). What is job satisfaction? *Organizational Behavior and Human Performance*, 4(4), 309-336. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(69\)90013-0](https://doi.org/10.1016/0030-5073(69)90013-0)
- López-Alonso, A. I., López-Aguado, M., Fernández-Martínez, M. E., Liébana Presa, C., y Gutiérrez-Provecho, L. (2016). Los enfoques de aprendizaje, el engagement, el ocio y el rendimiento anterior. Propuesta de un modelo. *Bordon, Revista de Pedagogía*, 68(4), 67-88. <https://doi.org/10.13042/Bordon.2016.40940>
- Lövgren, M., Gustavsson, P., Melin, B., y Rudman, A. (2014). Neck/shoulder and back pain in new graduate nurses: A growth mixture modeling analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 51(4), 625-639. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.08.009>
- Mäkikangas, A., Rantanen, J., Bakker, A. B., Kinnunen, M.-L., Pulkkinen, L., y Katja Kokko, K. K. (2015). The Circumplex Model of Occupational Well-being: Its Relation with Personality. *Journal for Person-Oriented Research*, 1(3), 114-129. <https://doi.org/10.17505/jpor.2015.13>
- Marqués-Sánchez, P., Alfonso-Cendón, J., Fernández-Martínez, M. E., Pinto-Carral, A., Liébana-Presa, C., Conde, M. Á., y García-Peñalvo, F. J. (2017). Co-operative Networks and their Influence on Engagement: A Study with Students of a Degree in Nursing. *Journal of Medical Systems*, 41(6), 103. <https://doi.org/10.1007/s10916-017-0747-y>
- Marrugat, J., y Vila, J. (2012). Sample size and power calculator GRANMO. Recuperado de Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Recuperado de: <https://www.imim.cat/ofertadeserveis/software-public/granmo/>
- Mauno, S., Ruokolainen, M., Kinnunen, U., y De Bloom, J. (2016). Emotional labour and work engagement among nurses: Examining perceived compassion, leadership and work ethic as stress buffers. *Journal of Advanced Nursing*, 72(5), 1169-1181. <https://doi.org/10.1111/jan.12906>
- McPhail, K. J.-A. (2002). The nursing profession, personality types and leadership. *Leadership in Health Services*, 15(1), 7-10.

<https://doi.org/10.1108/13660750210415612>

- Mendes, A. da C. G., Araújo Júnior, J. L. do A. C. de, Furtado, B. M. A. S. M., Duarte, P. O., Silva, A. L. A. da, y Miranda, G. M. D. (2013). Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 161-166. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200002>
- Ministerio de la Presidencia. *Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería*. , Pub. L. No. BOE-A-2005-7354, 3 (2005).
- Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. (2018). *Encuesta Nacional de Salud. España 2017*. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- Molina, J. D., Andrade-Rosa, C., González-Parra, S., Blasco-Fontecilla, H., Real, M. A., y Pintor, C. (2006). The factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ): a scaled version for general practice in Spain. *European Psychiatry*, 21(7), 478-486. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.03.002>
- Moreno-Jiménez, B., y Garrosa, E. (2013). Salud laboral. Factores y riesgos psicosociales. En B. Moreno-Jiménez, E. Garrosa (Ed.), *Salud Laboral. Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (pp. 31-46). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Moreno, B., y Báez, C. (2011). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*, 4-144. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(85\)90255-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(85)90255-2)
- Moscoso, M., y Delgado, E. (2016). La teoría del estrés crónico como modelo científico en neurociencia cognitiva. *Revista de Investigación en Psicología*, 18(1), 167. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v18i1.11786>
- Nightingale, F. (1859). *Notas sobre enfermería. Qué es qué no es*. Barcelona, España: Masson S.A.
- OIT. (1986). *Los factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control*. Ginebra, Suiza: Oficina Internacional del trabajo. Recuperado de <http://www.factorpsicosociales.com/wp-content/uploads/2019/02/FPS-OIT-OMS.pdf>
- Osca Segovia, A. (2004). *Psicología De Las Organizaciones*. Madrid, España; Sanz y

Torres.

- Parkes, K. R. (1982). Field dependence and the factor structure of the general health questionnaire in normal subjects. *British Journal of Psychiatry*, 140(4), 392-400. <https://doi.org/10.1192/bjp.140.4.392>
- Pascual, P., y Cerecedo, M. J. (2015). Somatización o síntomas somáticos y trastornos relacionados. *Actualización den Medicina de Familia*, 11(9), 281-286. Recuperado de http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1433
- Pereda, S., Berrocal, F., y Alonso, M. A. (2008). *Psicología del trabajo*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Pérez, J., y Fidalgo, M. (1993). NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. En *Insht*. Recuperado de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_394.pdf
- Pestana, M. H., y Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais. A complementariedade do SPSS*. Lisboa, Portugal. Edições Sílabo.
- Peters, V., Houkes, I., de Rijk, A. E., Bohle, P. L., Engels, J. A., y Nijhuis, F. J. N. (2016). Which resources moderate the effects of demanding work schedules on nurses working in residential elder care? A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 58, 31-46. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.008>
- Pita, S., y Pértegas, S. (2010). Pruebas diagnósticas: Sensibilidad y especificidad. Recuperado 13 de enero de 2020, de Fistera: https://www.fistera.com/mbe/investiga/pruebas_diagnosticas/pruebas_diagnosticas.asp#sensibilidad
- Posner, J., Russell, J. A., y Peterson, B. S. (2005). The circumplex model of affect: An integrative approach to affective neuroscience, cognitive development, and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 17(03), 612-615. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050340>
- Prieto, G., y Delgado, A. R. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 67-74. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/778/77812441007/>
- Rayton, B. A., y Yalabik, Z. Y. (2014). Work engagement, psychological contract breach and job satisfaction. *The International Journal of Human Resource Management*, 25(17). <https://doi.org/10.1080/09585192.2013.876440>

- Rhoades, L., y Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 698-714. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.4.698>
- Ríos-Risquez, M. I., y Godoy-Fernández, C. (2008). Relación entre satisfacción laboral y salud general percibida en profesionales de enfermería de urgencias. *Enfermería Clínica*, 18(3), 134-141. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(08\)70715-0](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(08)70715-0)
- Rodero, C. L., Molina, A. I., Fernández, M., y Redondo, M. A. (2015). Análisis de la fiabilidad y validez de un cuestionario docente. En Actas de las XXI Jornadas de la Enseñanza Universitaria de la Informática (Ed.), *XXI Jornadas de la Enseñanza Universitaria de la Informática* (pp. 136-143). Recuperado de https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/76844/JENU12015_146-153.pdf
- Rodríguez, D., Spadoti, R. A., y Palucci Marziale, M. H. (2011). Anxiety and depression among nursing professionals who work in surgical units. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2(45), 475-481. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45894856/Anxiety_and_depression_among_nursing_pro20160523-27600-1d3mkj6.pdf?response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DAnsiedade_e_depressao_entre_profissionais.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-A
- Rodríguez-Muñoz, A., y Bakker, A. B. (2013). El engagement en el trabajo. En B. Moreno-Jimenez, E. Garrosa (Ed.), *Salud Laboral. Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (pp. 437-452). Madrid, España: Ediciones Pirámide
- Rodríguez, A., Zarco, V., y González, J. M. (2009). *Psicología del trabajo*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Romero, M. (2016). Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista Enfermería del Trabajo*, 6(3), 114. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5633043.pdf>
- Romero, M. A. (2017). Riesgos laborales de especial incidencia en la mujer. En M.A. Romero, *Nuevos retos en la salud laboral de la mujer* (pp. 83-211). Barcelona, España: Atelier, Libros Jurídicos.
- Rusbult, C., y Lowery, D. (1985). When Bureaucrats Get the Blues: Responses to Dissatisfaction Among Federal Employees. *Journal of Applied Social Psychology*,

15(1), 80-103. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1985.tb00895.x>

Russell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(6), 1161-1178. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/1981-25062-001>

Russell, J. A., y Carroll, J. M. (1999). On the bipolarity of positive and negative affect. *Psychological Bulletin*, 125(1), 3-30. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.1.3>

Salanova, M., Lorente, L., Chambel, M. J., y Martínez, I. M. (2011). Linking transformational leadership to nurses' extra-role performance: The mediating role of self-efficacy and work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 67(10), 2256-2266. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05652.x>

Salanova, M., y Schaufeli, W. (2009). *El engagement en el trabajo. Cuando el trabajo se convierte en pasión*. Madrid, España: Alianza editorial.

Salanova, M., y Schaufeli, W. B. (2004). El engagement de los empleados: un reto emergente para la dirección de los recursos humanos. *Estudios financieros*, (261), 109-138. Recuperado de <http://www.want.uji.es/download/el-engagement-de-los-empleados-un-reto-emergente-para-la-direccion-de-los-recursos-humanos/>

Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiro, J. M., y Grau, R. (2000). Desde el «burnout» al «engagement»: ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 117-134. Recuperado de <http://www.want.uji.es/download/desde-el-burnout-al-engagement-una-nueva-perspectiva/>

Santos, A., Chambel, M. J., y Castanheira, F. (2016). Relational job characteristics and nurses' affective organizational commitment: The mediating role of work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2), 294-305. <https://doi.org/10.1111/jan.12834>

Schaufeli, W. B. (2018). Work engagement in Europe: Relations with national economy, governance and culture. *Organizational Dynamics*, 47(2), 99-106. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2018.01.003>

Schaufeli, W. B., y Bakker, A. (2011). *UWES. Utrecht Work Engagement Scale. Escala Utrecht de Engagement en el Trabajo*. Valencia, España: Occupational Health Psychology Unit Utrecht University. <https://doi.org/10.1037/t01350-000>

Schaufeli, W., y Bakker, A. (2004). *Work Engagement Scale. Preliminary Manual*. Utrecht, Países Bajos: Occupational Health Psychology Unit Utrecht University.

- Recuperado de http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/TestManuals/Test_manual_UWES_English.pdf
- Servicio Andaluz de Salud. (s. f.). Cuestionario de salud general de Goldberg - GHQ28. Recuperado de Junta de Andalucía website: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_de_salud_de_goldberg.pdf
- Shahpouri, S., Namdari, K., y Abedi, A. (2016). Mediating role of work engagement in the relationship between job resources and personal resources with turnover intention among female nurses. *Applied Nursing Research*, 30, 216-221. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.10.008>
- Shimazu, A., Schaufeli, W. B., Kubota, K., Watanabe, K., y Kawakami, N. (2018). Is too much work engagement detrimental? Linear or curvilinear effects on mental health and job performance. *PLOS ONE*, 13(12), e0208684. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208684>
- Simpson, M. R. (2009). Predictors of Work Engagement Among Medical-Surgical Registered Nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 31(1), 44-65. <https://doi.org/10.1177/0193945908319993>
- Sinclair, R. R., Sliter, M., Mohr, C. D., Sears, L. E., Deese, M. N., Wright, R. R., ... Jacobs, L. (2015). Bad Versus Good, What Matters More on the Treatment Floor? Relationships of Positive and Negative Events With Nurses' Burnout and Engagement. *Research in Nursing and Health*, 38(6), 475-491. <https://doi.org/10.1002/nur.21696>
- Spence Laschinger, H. K., Wilk, P., Cho, J., y Greco, P. (2009). Empowerment, engagement and perceived effectiveness in nursing work environments: Does experience matter? *Journal of Nursing Management*, 17(5), 636-646. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00907.x>
- Sterling, M. (2011). General Health Questionnaire – 28 (GHQ-28). *Journal of Physiotherapy*, 57(4), 259. [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(11\)70060-1](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(11)70060-1)
- Strömgren, M., Eriksson, A., Bergman, D., y Dellve, L. (2016). Social capital among healthcare professionals: A prospective study of its importance for job satisfaction, work engagement and engagement in clinical improvements. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 116-125. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.012>
- Sugihara, M. (2014). Staffing and education of nurses and hospital mortality in Europe. *The Lancet*, 384(9946), 851. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61481-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61481-1)

- Swallow, B., Lindow, S., Masson, E., y Hay, D. (2003). The use of the General Health Questionnaire (GHQ-28) to estimate prevalence of psychiatric disorder in early pregnancy. *Psychology, Health and Medicine*, 8(2), 213-217. <https://doi.org/10.1080/1354850031000087591>
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Willems, R., y Mondelaers, M. (2013). Staff engagement as a target for managing work environments in psychiatric hospitals: implications for workforce stability and quality of care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(11-12), 1717-1728. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04341.x>
- Van Bogaert, P., Peremans, L., Van Heusden, D., Verspuy, M., Kureckova, V., Van de Cruys, Z., y Franck, E. (2017). Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study. *BMC Nursing*, 16(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0200-4>
- Van Bogaert, P., van Heusden, D., Timmermans, O., y Franck, E. (2014). Nurse work engagement impacts job outcome and nurse-assessed quality of care: model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors. *Frontiers in Psychology*, 5(November), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01261>
- Van Bogaert, P., Wouters, K., Willems, R., Mondelaers, M., y Clarke, S. (2013). Work engagement supports nurse workforce stability and quality of care: nursing team-level analysis in psychiatric hospitals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(8), 679-686. <https://doi.org/10.1111/jpm.12004>
- Vander Elst, T., Cavents, C., Daneels, K., Johannik, K., Baillien, E., Van den Broeck, A., y Godderis, L. (2016). Job demands–resources predicting burnout and work engagement among Belgian home health care nurses: A cross-sectional study. *Nursing Outlook*, 64(6), 542-556. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.06.004>
- Vincent, C., y Amalberti, R. (2016). Seguridad del paciente. Estrategias para una asistencia sanitaria más segura. En M. Laborandi (Ed.), *Anales de Medicina Interna* (1.^a). Recuperado de <http://calidadasistencial.es/wp-seca/libro-seguridad-del-paciente-estrategias-para-una-asistencia-sanitaria-mas-segura/>
- Virla, Q. (2010). Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 12(2), 248-252. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99315569010>
- Wagenaar, W. A., Groeneweg, J., Hudson, P. T. W., y Reason, J. T. (1994). Promoting

- safety in the oil industry. The Ergonomics Society Lecture Presented at the Ergonomics Society Annual Conference, Edinburgh, 13-16 April 1993. *Ergonomics*, 37(12), 1999-2013. <https://doi.org/10.1080/00140139408964963>
- Wan, Q., Li, Z., Zhou, W., y Shang, S. (2018). Effects of work environment and job characteristics on the turnover intention of experienced nurses: The mediating role of work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 74(6), 1332-1341. <https://doi.org/10.1111/jan.13528>
- Wang, S., y Liu, Y. (2015). Impact of professional nursing practice environment and psychological empowerment on nurses' work engagement: test of structural equation modelling. *Journal of Nursing Management*, 23(3), 287-296. <https://doi.org/10.1111/jonm.12124>
- Warr, P., Cook, J., y Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52(2), 129-148. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1979.tb00448.x>
- Warshawsky, N. E., Havens, D. S., y Knafl, G. (2012). The Influence of Interpersonal Relationships on Nurse Managers' Work Engagement and Proactive Work Behavior. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 42(9), 418-425. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182668129>
- Waschgler, K., Ruiz-Hernández, J. A., Llor-Esteban, B., y García-Izquierdo, M. (2013). Patients' aggressive behaviours towards nurses: Development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale- users. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1418-1427. <https://doi.org/10.1111/jan.12016>
- Weinberg, A., y Creed, F. (2000). Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *The Lancet*, 355(9203), 533-537. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)07366-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)07366-3)
- White, M., Wells, J. S. G., y Butterworth, T. (2014). The impact of a large-scale quality improvement programme on work engagement: Preliminary results from a national cross-sectional-survey of the 'Productive Ward'. *International Journal of Nursing Studies*, 51(12), 1634-1643. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.002>
- Yuan, X., Zhu, C., Wang, M., Mo, F., Du, W., y Ma, X. (2018). Night Shift Work Increases the Risks of Multiple Primary Cancers in Women: A Systematic Review and Meta-analysis of 61 Articles. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 27(1), 25-40. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-17-0221>

Zardoya, A. I., Guevara, I. R., García, J., y Marzo, M. (2007). El modelo EFQM en el sector salud: análisis de los criterios facilitadores. *Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales*, (52), 103-125. Recuperado de <http://cuadernos.uma.es/pdfs/pdf633.pdf>

Anexos

Anexo 1: cuestionario íntegro cumplimentado por las enfermeras de la muestra



Confidencialidad: todos los datos de los participantes serán tratados confidencialmente de acuerdo a: Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 994/99 del Estado Español.

Tiempo estimado para la elaboración de la encuesta: 15 minutos.

Comités Éticos: el Proyecto de Investigación ha recibido informes favorables por parte de los Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC) a los que pertenecen los centros participantes y que por razones de confidencialidad se han codificado bajo los siguientes números de registro: 17126; CAAV/2017/21; 1837; 001/2017; MBCA/dgc; 97/17; PI17-786; 397.

Información adicional: si tiene más preguntas sobre el estudio o sobre su participación en el mismo, se le atenderá con sumo gusto:

Investigador: Jacob González Gáncedo. E-mail: jgonzalezga@saludcastillayleon.es

Sección A: Situación actual en el trabajo

¿Cuál es su situación laboral en el momento actual?

A1. Lea atentamente las siguientes opciones y señale la opción más adecuada a su situación laboral actual

Activa: Enfermera/o trabajando en un Hospital público.
Activa: Enfermera/o trabajando en otro tipo de institución pública.
Baja laboral.
Excedencia, permiso sin sueldo u otros permisos.
Desempleada/o actualmente

A2. ¿En cuál de las siguientes Comunidades Autónomas del estado español se encuentra trabajando en la actualidad?

Andalucía	
Aragón	
Asturias, Principado de	
Baleares, Illes	
Canarias	
Cantabria	
Castilla y León	
Castilla - La Mancha	
Cataluña	
Comunitat Valenciana	
Extremadura	
Galicia	
Madrid, Comunidad de	
Murcia, Región de	
Navarra, Comunidad Foral de	
País Vasco	
Rioja, La	
Ceuta	
Melilla	



Sección B: Aspectos sociodemográficos

Cuestiones sociodemográficas que se responden de forma anónima.

Responda a las cuestiones relacionadas con su trabajo teniendo en cuenta su situación laboral actual.

B1. Edad:

--	--

B2. Sexo:

Femenino
Masculino

B3. ¿En que tipo de hospital trabaja?

Las especialidades con mayor demanda están disponibles en todos los hospitales, las que generan una necesidad asistencial intermedia se ofertan en los hospitales de área y, finalmente, las especialidades con menor demanda y que requieren una alta especialización o el uso de tecnología sofisticada se concentran en servicios de referencia con cobertura para varias áreas de salud, con el fin de asegurar una asistencia accesible, eficiente y de calidad.

Hospital de Área

Hospital de referencia con cobertura para varias Áreas de Salud, de alta especialización y que requiere uso de tecnología sofisticada.

Desconozco este dato

B4. Tipo de contrato que mantiene usted actualmente con el Hospital:

* Tienen la consideración de llamamientos de larga duración los nombramientos de personal estatutario sustituto, cuando sean a tiempo completo, y siempre y cuando tengan su causa en alguno de los siguientes supuestos:

Promoción interna temporal del titular de la plaza objeto de cobertura, de duración igual o superior a seis meses. Comisión de servicio. Permiso sindical a tiempo total del titular, siempre y cuando sea de duración igual o superior a seis meses. Servicios especiales, servicios bajo otro régimen jurídico, suspensión o excedencia del titular, siempre que suponga la reserva de plaza. Cualquier otro supuesto que conlleve la reserva de la plaza básica por parte del titular, siempre y cuando los nombramientos, expresamente o por sus propias características, sean de duración igual o superior a seis meses.

** Los llamamientos para nombramientos temporales de corta duración incluyen los siguientes supuestos:

Los nombramientos eventuales establecidos en el artículo 23.1. a) y c) de la Ley 2/2007, de 7 de marzo, de duración inferior a seis meses. Los nombramientos eventuales que se lleven a cabo para garantizar el funcionamiento permanente y continuado de los centros e instituciones sanitarias, con independencia de su duración. Cualquier modalidad de vinculación temporal a tiempo parcial, a que se refiere el artículo 60 de la Ley 55/2003. Aquellos nombramientos que, expresamente o por sus propias características, sean de duración inferior a seis meses o bien su equivalente en cómputo horario.

Plaza en propiedad.
Personal estatutario Interino.
Personal estatutario que solicita comisión de servicio (con plaza en propiedad).
Nombramientos temporales de larga duración *.
Nombramientos eventuales de corta duración **.
Enfermera/o Interna/o Residente (EIR)

Otros (describa brevemente su tipo de contrato si no se ajusta a ninguna de las opciones anteriores)

--



B5.	¿Está usted contratado a tiempo parcial? (en caso afirmativo seleccione la más acorde a su situación):	No. Si. Yo solicité esta modalidad. Si. Se me ofertó dicha modalidad.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B6.	Señale de manera aproximada el tiempo en años de experiencia profesional como enfermera/o: <i>Tiempo total trabajado tanto dentro como fuera de su hospital actual. Si su tiempo total no llega a 1 año, escriba 0.</i>		<input type="text"/>
B7.	Señale solamente el tiempo aproximado en años que lleva trabajados en su hospital actual como enfermera/o: <i>No contabilice el tiempo trabajado en otros centros. Si el tiempo total no llega a 1 año, escriba 0.</i>		<input type="text"/>
B8.	Perfil o especialidad acreditados (señale lo que corresponda): <small>Si, poseo título de Enfermera Especialista en alguna de las modalidades existentes o perfil acreditado y publicado en la última bolsa de empleo (o ambos). No, no poseo ninguna de las características anteriores.</small>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B9.	¿Ocupa actualmente un puesto relacionado con su especialidad reconocida o perfil acreditado (o ambos)?:	Si No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B10.	Cargo que desempeña en el hospital:	Enfermera/o Supervisor/a Puesto de dirección o gestión Enfermera/o Interna/o Residente (EIR) Otros	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B11.	Tipo de servicio en el que trabaja más habitualmente en la actualidad: <i>Servicios médicos incluye: alergología, anestesia y REA, digestivo, cardiología, dermatología, endocrinología, geriatría, inmunología, medicina intensiva, medicina interna, nefrología, neumología, neurofisiología, neurología, oncología médica, oncología radioterápica, pediatría, psiquiatría, reumatología, urgencias. Servicios quirúrgicos incluye: angiología y cirugía vascular, cirugía cardiovascular, cirugía general y del aparato digestivo, cirugía maxilofacial, cirugía pediátrica, cirugía plástica y reparadora, cirugía torácica, neurocirugía, obstetricia y ginecología, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología y cirugía ortopédica, urología. Servicios generales clínicos incluye: análisis clínicos, anatomía patológica, bioquímica clínica, farmacia hospitalaria, farmacología clínica, hematología y hemoterapia, medicina nuclear, microbiología y parasitología, radiodiagnóstico, rehabilitación, radiofarmacia, medicina familiar y comunitaria, medicina preventiva y salud pública. * Un ejemplo de unidad con más de un servicio de los anteriores sería aquella que incluya, por ejemplo, neurología (servicio médico) y neurocirugía (servicio quirúrgico). Otro ejemplo sería una que incluya pediatría (servicio médico) y cirugía pediátrica (servicio quirúrgico).</i> Enfermera en unidad de servicios médicos (ver listado debajo). Enfermera en unidad de servicios quirúrgicos (ver listado debajo). Enfermera en unidad de servicios generales clínicos (ver listado debajo). Enfermera en unidad con más de un servicio de los anteriores (ver ejemplo* debajo). Supervisora Enfermera realizando el EIR. Otros.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B12.	Describa brevemente su puesto si no es ninguno de los anteriores:		<div></div>

**B13. Modalidad de turno en la que trabaja usted actualmente:**

Si está contratada a media jornada, responda en función de cómo sería ese turno si estuviese a jornada completa.

En el caso de no trabajar en ninguna de estas modalidades, describa brevemente en el recuadro cómo es su tipo de turno.

Rotatorio de 1 noche (2M 2T 1N).

Rotatorio de 2 noches (2M 2T 2N).

Turno rotatorio de 7 semanas.

Noches fijas.

Mañanas fijas.

Tardes fijas.

Cubriendo a mis compañeros con turno irregular.

Turno de 12 horas

Otros (señale esta si considera que no está entre los anteriores y describa brevemente su turno en el recuadro en blanco).

B14. Señale cuál de las siguientes opciones se ajusta mejor a las**características de su puesto (solamente referido a su contrato actual):**

El turno regular hace referencia a aquel que siempre mantiene la misma periodicidad, por ejemplo: 2 mañanas, 2 tardes, 1 noche y los descansos correspondientes.

El termino "cubriendo" hace referencia a la sustitución de compañeros por vacaciones, permisos de libre disposición u otro tipo de permisos.

Trabajo en la misma planta con un turno regular y no me mueven a otras plantas.

Trabajo en la misma planta con un turno regular, pero en ocasiones me mueven a otras plantas.

Trabajo en la misma planta con un turno regular y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana.

Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y no me mueven a otras plantas.

Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), pero en ocasiones me mueven a otras plantas.

Trabajo en la misma planta con un turno irregular (cubriendo), y me mueven a otras plantas como mínimo 2 veces por semana.

En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno regular.

En la actualidad mi planta está cerrada y se me ha movido a otra planta en la que tengo un turno irregular.

En la actualidad mi planta está cerrada, se me mueve a distintas plantas del hospital y tengo un turno irregular.

Otros (señale esta si considera que no está entre los anteriores y describa brevemente sus características en el recuadro en blanco).

B15. Señale la opción más acorde a su salario neto actual (últimos meses):

Menos de 1500 €/mes.

Entre 1500 y 2000 €/mes.

Entre 2000 y 2500 €/mes.

Más de 2500 €/mes.

B16. Estado civil:

Casada/o.

Soltera/o.

Divorciada/o.

Viuda/o.

Otros.



B17. Número de hijos:

0	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
Más de 3	<input type="checkbox"/>

B18. Formación completada distinta de la Diplomatura/Grado/Especialidad y de nivel académico igual o superior:

Otro Grado.	<input type="checkbox"/>
Otra Diplomatura.	<input type="checkbox"/>
Otra Licenciatura.	<input type="checkbox"/>
Master Oficial (que permite acceso a un Doctorado).	<input type="checkbox"/>
Otros Masters.	<input type="checkbox"/>
Tesis Doctoral.	<input type="checkbox"/>
Ninguna formación de este tipo.	<input type="checkbox"/>

B19. Cursos de formación continuada realizados en el último año (2017):

Si ha realizado cursos que no se pueden englobar en las opciones anteriores, señale la opción de "Ningún curso de los anteriores" y descríbalos en el recuadro.

Cursos relacionados con aspectos clínicos.	<input type="checkbox"/>
Cursos relacionados con aspectos metodológicos (Por ejemplo: Enfermería Basada en la Evidencia, Investigación, Nanda NIC-NOC).	<input type="checkbox"/>
Cursos de los dos tipos anteriores.	<input type="checkbox"/>
Ningún curso de los anteriores.	<input type="checkbox"/>

Sección C: GHQ28

Para este estudio nos interesa conocer también cuestiones relativas a su salud. Para ello es preciso saber cómo se ha encontrado en las últimas semanas. Solo debe responder sobre los problemas recientes y no sobre los que hubiese tenido en el pasado. Es importante intentar contestar a TODAS las preguntas.

C1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/>
Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/>
Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/>
Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/>

C2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?

No, en absoluto	<input type="checkbox"/>
No más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/>

C3. ¿Se ha sentido agotada/o y sin fuerzas para nada?

No, en absoluto	<input type="checkbox"/>
No más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/>



C4.	¿Ha tenido sensación de que estaba enferma/o?	No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C5.	¿Ha padecido dolores de cabeza?	No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C6.	¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C7.	¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C8.	¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C9.	¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C10.	¿Se ha notado constantemente agobiada/o y en tensión?	No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C11.	¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorada/o?	No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C12.	¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C13.	¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?	No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C14.	¿Se ha notado nerviosa/o y “a punto de explotar” constantemente?	No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



C15.	¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupada/o y activa/o?	Más activo que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/>
C16.	¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/>
C17.	¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/>
C18.	¿Se ha sentido satisfecha/o con su manera de hacer las cosas?	Más satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Mucho menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/>
C19.	¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	Más útil de lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Igual de útil que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/>
C20.	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/>
C21.	¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	Más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/>
C22.	¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto	<input type="checkbox"/>
		No más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
C23.	¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	No, en absoluto	<input type="checkbox"/>
		No más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
C24.	¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	No, en absoluto	<input type="checkbox"/>
		No más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
C25.	¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?	No, en absoluto	<input type="checkbox"/>
		No más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
		Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/>



C26. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

No, en absoluto
No más que lo habitual
Bastante más que lo habitual
Mucho más que lo habitual

C27. ¿Ha notado que desea estar muerta/o y lejos de todo?

No, en absoluto
No más que lo habitual
Bastante más que lo habitual
Mucho más que lo habitual

C28. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

Claramente no
Me parece que no
Se me ha cruzado por la mente
Claramente lo he pensado

Sección D: Satisfacción Laboral

Atendiendo a cómo se siente usted respecto a distintos aspectos en el ámbito de su trabajo, se presentan varias opciones entre las que usted se posicionará, marcando aquella opción que mejor represente su parecer.

D1. NTP 394: Overall Job Satisfaction (1)

	Muy insatisfecho /o	Insatisfecho /o	Moderadame nte insatisfecho/o	Ni satisfecho ni insatisfecho/o	Moderada mente satisfecho/o	Satisfecho/ o	Muy satisfecho/o
1. Condiciones físicas del trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Libertad para elegir tu propio método de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tus compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tu superior inmediato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Responsabilidad que se te ha asignado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tu salario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D2. NTP 394: Overall Job Satisfaction (2)

	Muy insatisfecho /o	Insatisfecho /o	Moderadame nte insatisfecho/o	Ni satisfecho/o ni insatisfecho/o	Moderada mente satisfecho/o	Satisfecho/ o	Muy satisfecho/o
8. La posibilidad de usar tus capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Relaciones entre dirección y trabajadores en tu empresa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tus posibilidades de promocionar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. El modo en que tu empresa está gestionada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Muy insatisfecho/o	Insatisfecho/o	Moderadamente insatisfecho/o	Ni satisfecho/o ni insatisfecho/o	Moderadamente satisfecho/o	Satisfecho/o	Muy satisfecho/o
12. La atención que se presta a las sugerencias que haces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tu horario de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. La variedad de tareas que realizas en tu trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tu estabilidad en el empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección E: Engagement

Las siguientes preguntas se refieren a los sentimientos de las personas en el trabajo. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta y decida si se ha sentido de esta forma. Si nunca se ha sentido así elija la opción "Ninguna vez", y en caso contrario indique cuántas veces se ha sentido así teniendo en cuenta las opciones que se le proporcionan.

E1. UWES (1)

	Ninguna vez	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
1. En mi trabajo me siento llena/o de energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mi trabajo está lleno de significado y propósito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. El tiempo vuela cuando estoy trabajando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Soy fuerte y vigorosa/o en mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Estoy entusiasmada/o con mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cuando estoy trabajando olvido todo lo que pasa alrededor de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mi trabajo me inspira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E2. UWES (2)

	Ninguna vez	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
9. Soy feliz cuando estoy absorba/o en mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Estoy orgullosa/o del trabajo que hago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Estoy inmersa/o en mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Puedo continuar trabajando durante largos períodos de tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mi trabajo es retador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Ninguna vez	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
14. Me “dejo llevar” por mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Soy muy persistente en mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me es difícil ‘desconectarme’ de mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Incluso cuando las cosas no van bien, continuo trabajando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muchas gracias por su colaboración. Si estuviese posteriormente interesada/o en conocer los resultados u otros aspectos de este estudio, puede consultar en el correo jgonzalezga@saludcastillayleon.es

Atentamente:

Jacob González Gancedo.

Doctorando en el Programa de Biomedicina de la Universidad de Córdoba.

Miembro del Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Grupo IMIBIC GA-2. Cuidados enfermeros integrales. Perspectiva multidisciplinar.

Anexo 2: Resultados del análisis de consistencia interna detallado por ítems

Tabla 107: Análisis de consistencia interna (alpha de Cronbach) de la escala GHQ-28 (método Likert de puntaje), por subescalas.

Estadísticas de total de elemento						
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alpha de Cronbach si el elemento se ha suprimido	
Síntomas somáticos (A)						
A1 ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	5.83	15.36	0.68	0.50	0.86	
A2 ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	6.14	13.71	0.70	0.58	0.85	
A3 ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	6.00	13.32	0.76	0.64	0.84	
A4 ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	6.27	13.52	0.73	0.56	0.85	
A5 ¿Ha padecido dolores de cabeza?	6.08	14.04	0.66	0.62	0.86	
A6 ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	6.30	13.86	0.65	0.61	0.86	
A7 ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	6.47	15.08	0.48	0.28	0.88	
Ansiedad-insomnio (B)						
B1 ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	6.13	19.09	0.72	0.67	0.91	
B2 ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	6.07	19.13	0.67	0.64	0.91	
B3 ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	6.03	18.47	0.79	0.67	0.90	
B4 ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	6.13	18.33	0.79	0.70	0.90	
B5 ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	6.91	20.57	0.65	0.50	0.91	
B6 ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?	6.53	18.32	0.79	0.69	0.90	
B7 ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?	6.40	18.15	0.80	0.70	0.90	
Disfunción social						
C1 ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	6.86	5.44	0.31	0.10	0.82	
C2 ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	6.64	5.24	0.47	0.24	0.79	
C3 ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	6.75	4.81	0.65	0.55	0.76	
C4 ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	6.71	4.56	0.66	0.57	0.75	
C5 ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	6.80	4.77	0.61	0.39	0.76	
C6 ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	6.83	4.97	0.55	0.32	0.77	
C7 ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	6.60	4.66	0.52	0.29	0.78	
Depresión						
D1 ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	1.41	7.56	0.71	0.58	0.88	
D2 ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	1.52	7.52	0.84	0.81	0.87	
D3 ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	1.55	7.73	0.85	0.81	0.86	
D4 ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?	1.70	9.18	0.72	0.74	0.89	
D5 ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?	1.32	8.00	0.60	0.42	0.90	
D6 ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	1.65	8.77	0.71	0.62	0.88	
D7 ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?	1.65	8.89	0.64	0.62	0.89	

Tabla 108: Análisis de consistencia interna (alpha de Cronbach) de la escala GHQ-28 (método Likert de puntaje).

Estadísticas de total de elemento					
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alpha de Cronbach si el elemento se ha suprimido
A1 ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	22.86	154.25	0.67	.	0.94
A2 ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	23.17	149.47	0.68	.	0.94
A3 ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	23.03	148.12	0.74	.	0.94
A4 ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	23.31	149.60	0.67	.	0.94
A5 ¿Ha padecido dolores de cabeza?	23.12	152.05	0.56	.	0.94
A6 ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	23.33	150.56	0.61	.	0.94
A7 ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	23.50	154.09	0.47	.	0.94
B1 ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	22.98	149.59	0.66	.	0.94
B2 ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	22.92	149.27	0.64	.	0.94
B3 ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	22.88	147.53	0.74	.	0.94
B4 ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	22.98	146.89	0.76	.	0.94
B5 ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	23.76	152.42	0.64	.	0.94
B6 ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?	23.37	146.61	0.76	.	0.94
B7 ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?	23.25	146.26	0.77	.	0.94
C1 ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	23.21	160.52	0.27	.	0.94
C2 ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	22.98	157.68	0.54	.	0.94
C3 ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	23.10	157.52	0.52	.	0.94
C4 ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	23.06	156.49	0.53	.	0.94
C5 ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	23.15	157.35	0.50	.	0.94
C6 ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	23.18	158.58	0.43	.	0.94
C7 ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	22.95	153.95	0.64	.	0.94
D1 ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	23.83	152.18	0.63	.	0.94
D2 ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	23.93	153.33	0.64	.	0.94
D3 ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	23.96	154.66	0.61	.	0.94
D4 ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?	24.12	160.09	0.42	.	0.94
D5 ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?	23.73	151.42	0.69	.	0.94
D6 ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	24.06	158.39	0.47	.	0.94
D7 ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?	24.07	158.95	0.41	.	0.94

Tabla 109: Análisis de consistencia interna (alpha de Cronbach) de la escala GHQ-28 (método binario de puntaje), por subescalas.

Estadísticas de total de elemento						
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alpha de Cronbach si el elemento se ha suprimido	
Síntomas somáticos						
A1 ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	1.74	4.22	0.68	0.52	0.85	
A2 ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	1.77	4.20	0.71	0.65	0.84	
A3 ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	1.73	4.09	0.76	0.67	0.84	
A4 ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	1.83	4.32	0.69	0.50	0.85	
A5 ¿Ha padecido dolores de cabeza?	1.77	4.33	0.64	0.62	0.86	
A6 ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	1.83	4.46	0.62	0.59	0.86	
A7 ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	1.89	4.80	0.47	0.24	0.88	
Ansiedad-insomnio						
B1 ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	1.87	4.46	0.70	0.63	0.87	
B2 ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	1.83	4.55	0.64	0.58	0.88	
B3 ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	1.81	4.38	0.72	0.55	0.87	
B4 ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	1.87	4.38	0.75	0.63	0.87	
B5 ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	2.14	5.31	0.51	0.33	0.89	
B6 ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?	1.99	4.61	0.72	0.60	0.87	
B7 ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?	1.95	4.43	0.77	0.67	0.86	
Disfunción social						
C1 ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	1.21	2.87	0.35	0.14	0.80	
C2 ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	1.09	2.55	0.45	0.21	0.79	
C3 ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	1.14	2.43	0.63	0.55	0.76	
C4 ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	1.10	2.31	0.68	0.60	0.75	
C5 ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	1.17	2.53	0.60	0.39	0.76	
C6 ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	1.18	2.62	0.54	0.31	0.77	
C7 ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	1.02	2.42	0.50	0.26	0.78	
Depresión						
D1 ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	0.35	1.00	0.68	0.57	0.81	
D2 ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	0.37	1.01	0.78	0.72	0.79	
D3 ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	0.39	1.07	0.74	0.68	0.79	
D4 ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?	0.43	1.29	0.57	0.49	0.83	
D5 ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?	0.35	1.08	0.51	0.28	0.84	
D6 ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	0.42	1.23	0.60	0.50	0.82	
D7 ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?	0.41	1.27	0.44	0.26	0.84	

Tabla 110: Análisis de consistencia interna (alpha de Cronbach) de la escala GHQ-28 (método binario de puntaje)

Estadísticas de total de elemento					
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alpha de Cronbach si el elemento se ha suprimido
A1 ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	5.76	40.76	0.67	.	0.93
A2 ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	5.78	40.77	0.68	.	0.93
A3 ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	5.75	40.46	0.71	.	0.93
A4 ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	5.84	41.37	0.61	.	0.93
A5 ¿Ha padecido dolores de cabeza?	5.78	41.37	0.57	.	0.93
A6 ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	5.85	41.48	0.59	.	0.93
A7 ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	5.90	42.62	0.43	.	0.94
B1 ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	5.74	40.84	0.64	.	0.93
B2 ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	5.70	40.88	0.62	.	0.93
B3 ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	5.68	40.49	0.68	.	0.93
B4 ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	5.73	40.36	0.72	.	0.93
B5 ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	6.00	42.85	0.52	.	0.93
B6 ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?	5.86	40.98	0.70	.	0.93
B7 ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?	5.81	40.51	0.74	.	0.93
C1 ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	6.00	43.22	0.42	.	0.94
C2 ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	5.88	42.07	0.52	.	0.93
C3 ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	5.93	42.14	0.55	.	0.93
C4 ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	5.89	41.77	0.58	.	0.93
C5 ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	5.96	42.41	0.54	.	0.93
C6 ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	5.97	42.66	0.51	.	0.93
C7 ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	5.81	41.19	0.62	.	0.93
D1 ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	6.00	42.66	0.57	.	0.93
D2 ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	6.02	42.95	0.55	.	0.93
D3 ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	6.05	43.42	0.49	.	0.93
D4 ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?	6.09	44.40	0.31	.	0.94
D5 ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?	6.00	42.54	0.59	.	0.93
D6 ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	6.07	44.04	0.41	.	0.94
D7 ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?	6.07	44.30	0.27	.	0.94

Tabla 111: Análisis de consistencia interna (alpha de Cronbach) de la escala GHQ-28 (método CGHQ de puntaje), por subescalas.

Estadísticas de total de elemento						
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alpha de Cronbach si el elemento se ha suprimido	
Síntomas somáticos						
A1 ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	3.88	3.72	0.50	0.27	0.77	
A2 ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	3.54	3.68	0.55	0.37	0.76	
A3 ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	3.47	3.73	0.58	0.39	0.76	
A4 ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	3.62	3.52	0.61	0.41	0.75	
A5 ¿Ha padecido dolores de cabeza?	3.50	3.84	0.48	0.38	0.78	
A6 ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	3.64	3.60	0.55	0.43	0.76	
A7 ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	3.74	3.80	0.42	0.19	0.79	
Ansiedad-insomnio						
B1 ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	3.85	3.85	0.52	0.48	0.82	
B2 ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	3.86	3.86	0.52	0.48	0.82	
B3 ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	3.83	3.79	0.60	0.46	0.81	
B4 ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	3.87	3.68	0.62	0.49	0.81	
B5 ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	4.31	3.66	0.54	0.37	0.82	
B6 ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?	4.10	3.40	0.66	0.52	0.80	
B7 ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?	4.03	3.45	0.65	0.46	0.80	
Disfunción social						
C1 ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	1.98	2.18	0.34	0.13	0.77	
C2 ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	1.09	2.55	0.06	0.00	0.79	
C3 ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	1.90	1.77	0.64	0.55	0.70	
C4 ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	1.86	1.67	0.69	0.60	0.69	
C5 ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	1.93	1.87	0.60	0.38	0.72	
C6 ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	1.95	1.94	0.54	0.31	0.73	
C7 ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	1.79	1.80	0.47	0.23	0.75	
Depresión						
D1 ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	0.99	2.73	0.60	0.39	0.86	
D2 ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	1.06	2.65	0.78	0.71	0.83	
D3 ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	1.07	2.67	0.78	0.71	0.83	
D4 ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?	1.17	3.12	0.66	0.67	0.85	
D5 ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?	.89	2.68	0.55	0.37	0.87	
D6 ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	1.14	2.96	0.67	0.55	0.85	
D7 ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza	1.15	3.05	0.62	0.60	0.86	

Tabla 112: Análisis de consistencia interna (alpha de Cronbach) de la escala GHQ-28 (método CGHQ de puntaje)

Estadísticas de total de elemento						
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alpha de Cronbach si el elemento se ha suprimido	
A1 ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	11.85	36.92	0.56	.	0.91	
A2 ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	11.51	37.15	0.54	.	0.91	
A3 ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	11.43	37.32	0.56	.	0.91	
A4 ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	11.59	36.83	0.56	.	0.91	
A5 ¿Ha padecido dolores de cabeza?	11.46	38.12	0.38	.	0.91	
A6 ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	11.61	37.22	0.49	.	0.91	
A7 ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	11.71	37.57	0.42	.	0.91	
B1 ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	11.41	37.99	0.45	.	0.91	
B2 ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	11.41	38.13	0.42	.	0.91	
B3 ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	11.39	37.66	0.54	.	0.91	
B4 ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	11.43	37.34	0.56	.	0.91	
B5 ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	11.86	36.75	0.60	.	0.91	
B6 ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?	11.66	36.19	0.66	.	0.91	
B7 ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?	11.59	36.51	0.62	.	0.91	
C1 ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	12.09	38.95	0.35	.	0.91	
C2 ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	11.21	40.34	0.06	.	0.91	
C3 ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	12.02	37.90	0.50	.	0.91	
C4 ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	11.98	37.70	0.50	.	0.91	
C5 ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	12.05	38.15	0.48	.	0.91	
C6 ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	12.06	38.36	0.46	.	0.91	
C7 ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	11.90	37.19	0.54	.	0.91	
D1 ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	11.94	37.26	0.56	.	0.91	
D2 ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	12.02	37.44	0.60	.	0.91	
D3 ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	12.02	37.64	0.57	.	0.91	
D4 ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?	12.13	39.01	0.42	.	0.91	
D5 ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?	11.84	36.60	0.62	.	0.91	
D6 ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	12.09	38.58	0.45	.	0.91	
D7 ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza	12.10	38.75	0.43	.	0.91	

Tabla 113: Análisis de consistencia interna (alpha de Cronbach) de la escala Overall Job Satisfaction y sus subescalas.

Estadísticas de total de elemento						
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alpha de Cronbach si el elemento se ha suprimido	
Satisfacción general						
1 Condiciones físicas del trabajo	57.83	275.42	0.70	0.52	0.92	
2 Libertad para elegir tu propio método de trabajo	57.71	273.05	0.77	0.64	0.92	
3 Tus compañeros de trabajo	56.54	293.95	0.39	0.26	0.93	
4 Reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho	58.09	268.57	0.75	0.62	0.92	
5 Tu superior inmediato	57.39	276.46	0.62	0.47	0.92	
6 Responsabilidad que se te ha asignado	57.17	278.64	0.71	0.60	0.92	
7 Tu salario	58.42	281.86	0.56	0.36	0.92	
8 La posibilidad de usar tus capacidades	57.35	274.62	0.76	0.67	0.92	
9 Relación entre dirección y trabajadores en tu empresa	58.51	269.51	0.76	0.71	0.92	
10 Tus posibilidades de promocionar	58.38	271.59	0.73	0.60	0.92	
11 El modo en que tu empresa está gestionada	59.05	276.35	0.72	0.72	0.92	
12 La atención que se presta a las sugerencias que haces	58.45	271.23	0.76	0.71	0.92	
13 Tu horario de trabajo	57.51	279.22	0.58	0.41	0.92	
14 La variedad de tareas que realizas en tu trabajo	57.05	279.49	0.68	0.53	0.92	
15 Tu estabilidad en el empleo	56.77	292.18	0.33	0.14	0.93	
Satisfacción intrínseca						
2 Libertad para elegir tu propio método de trabajo	24.75	64.05	0.77	0.60	0.89	
4 Reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho	25.13	61.65	0.75	0.58	0.89	
6 Responsabilidad que se te ha asignado	24.21	66.28	0.74	0.58	0.89	
8 La posibilidad de usar tus capacidades	24.39	64.43	0.78	0.65	0.89	
10 Tus posibilidades de promocionar	25.42	64.13	0.69	0.53	0.90	
12 La atención que se presta a las sugerencias que haces	25.49	64.05	0.72	0.59	0.90	
14 La variedad de tareas que realizas en tu trabajo	24.09	67.65	0.65	0.45	0.90	
Satisfacción extrínseca						
1 Condiciones físicas del trabajo	28.92	63.36	0.65	0.44	0.78	
3 Tus compañeros de trabajo	27.62	72.12	0.35	0.20	0.82	
5 Tu superior inmediato	28.48	64.68	0.54	0.34	0.80	
7 Tu salario	29.51	65.80	0.54	0.31	0.80	
9 Relación entre dirección y trabajadores en tu empresa	29.60	60.71	0.71	0.68	0.77	
11 El modo en que tu empresa está gestionada	30.14	63.46	0.69	0.64	0.78	
13 Tu horario de trabajo	28.60	64.06	0.57	0.33	0.79	
15 Tu estabilidad en el empleo	27.85	69.93	0.32	0.12	0.83	

Tabla 114: Análisis de consistencia interna (alpha de Cronbach) de las subescalas del cuestionario UWES-17.

Estadísticas de total de elemento						
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alpha de Cronbach si el elemento se ha suprimido	
Vigor						
1 En mi trabajo me siento lleno de energía (VI1)	24.05	26.82	0.57	0.50	0.68	
4 Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo (VI2)	23.60	28.54	0.61	0.49	0.68	
8 Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar (VI3)	24.78	23.02	0.56	0.37	0.69	
12 Puedo continuar trabajando durante largos períodos de tiempo (VI4)	24.33	24.61	0.56	0.33	0.68	
15 Soy muy persistente en mi trabajo (VI5)	23.48	30.84	0.46	0.27	0.72	
17 Incluso cuando las cosas no van bien, continúo trabajando (VI6)	23.63	32.57	0.20	0.08	0.77	
Dedicación						
2 Mi trabajo está lleno de significado y propósito (DE1)	19.11	28.93	0.76	0.62	0.86	
5 Estoy entusiasmado con mi trabajo (DE2)	19.16	27.85	0.82	0.71	0.85	
7 Mi trabajo me inspira (DE3)	19.33	27.42	0.77	0.60	0.86	
10 Estoy orgulloso del trabajo que hago (DE4)	18.63	32.30	0.70	0.51	0.88	
13 Mi trabajo es retador (DE5)	19.39	28.93	0.64	0.42	0.89	
Absorción						
3 El tiempo vuela cuando estoy trabajando (AB1)	22.35	35.36	0.55	0.39	0.71	
6 Cuando estoy trabajando olvido todo lo que pasa alrededor de mí (AB2)	22.87	32.53	0.52	0.35	0.71	
9 Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo (AB3)	22.75	31.81	0.62	0.54	0.68	
11 Estoy inmerso en mi trabajo (AB4)	22.30	33.73	0.70	0.57	0.68	
14 Me "dejo llevar" por mi trabajo (AB5)	23.17	29.89	0.63	0.42	0.68	
16 Me es difícil 'desconectarme' de mi trabajo (AB6)	23.84	37.79	0.15	0.12	0.83	

VI= vigor; DE = dedicación; AB = absorción

Tabla 115: Análisis de consistencia interna de la escala UWES-17 completa.

Estadísticas de total de elemento					
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alpha de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1 En mi trabajo me siento lleno de energía (VI1)	75.35	290.86	0.67	0.69	0.91
2 Mi trabajo está lleno de significado y propósito (DE1)	75.31	287.08	0.71	0.71	0.91
3 El tiempo vuela cuando estoy trabajando (AB1)	74.97	297.08	0.62	0.48	0.91
4 Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo (VI2)	74.91	299.40	0.64	0.55	0.91
5 Estoy entusiasmado con mi trabajo (DE2)	75.34	282.59	0.79	0.76	0.91
6 Cuando estoy trabajando olvido todo lo que pasa alrededor de mí (AB2)	75.51	290.71	0.57	0.38	0.91
7 Mi trabajo me inspira (DE3)	75.52	279.51	0.78	0.69	0.91
8 Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar (VI3)	76.09	279.54	0.65	0.55	0.91
9 Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo (AB3)	75.38	281.03	0.79	0.73	0.91
10 Estoy orgulloso del trabajo que hago (DE4)	74.83	294.74	0.70	0.59	0.91
11 Estoy inmerso en mi trabajo (AB4)	74.92	292.60	0.75	0.65	0.91
12 Puedo continuar trabajando durante largos períodos de tiempo (VI4)	75.65	284.81	0.64	0.49	0.91
13 Mi trabajo es retador (DE5)	75.56	283.43	0.70	0.58	0.91
14 Me “dejo llevar” por mi trabajo (AB5)	75.80	283.24	0.66	0.58	0.91
15 Soy muy persistente en mi trabajo (VI5)	74.79	305.87	0.51	0.40	0.92
16 Me es difícil ‘desconectarme’ de mi trabajo (AB6)	76.46	313.39	0.14	0.24	0.93
17 Incluso cuando las cosas no van bien, continúo trabajando (VI6)	74.94	314.88	0.21	0.17	0.92

VI= vigor; DE = dedicación; AB = absorción

VI= vigor; DE = dedicación; AB = absorción

Anexo 3: Resultados del análisis de distribución de los datos

Tabla 116: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra respecto a edad, experiencia en años y experiencia en hospital actual.

	Edad	Experiencia en años	Experiencia (hospital actual)
N	443	442	443
Parámetros normales ^{a,b}			
Media	43.10	18.95	14.22
DT	9.82	10.367	10.844
Máximas diferencias extremas			
Absoluta	0.073	0.111	0.129
Positivo	0.073	0.111	0.129
Negativo	-0.063	-0.058	-0.095
Estadístico de prueba	0.073	0.111	0.129
Sig. asintótica (bilateral)	0.000 ^c	0.000 ^c	0.000 ^c

a. La distribución de prueba es normal. b. Se calcula a partir de datos. c. Corrección de significación de Lilliefors.

Tabla 117: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra respecto a GHQ-28 (método Likert de puntaje).

	Síntomas somáticos	Ansiedad- insomnio	Disfunción social	Depresión	GHQ-28 Likert
N	444	444	444	444	444
Parámetros normales ^{a,b}					
Media	7.18	7.37	7.87	1.80	24.21
DT	4.341	5.033	2.547	3.320	12.820
Máximas diferencias extremas					
Absoluta	0.120	0.103	0.196	0.298	0.094
Positivo	0.120	0.103	0.196	0.298	0.094
Negativo	-0.075	-0.072	-0.191	-0.294	-0.076
Estadístico de prueba	0.120	0.103	0.196	0.298	0.094
Sig. asintótica (bilateral)	0.000 ^c	0.000 ^c	0.000 ^c	0.000 ^c	0.000 ^c

a. La distribución de prueba es normal. b. Se calcula a partir de datos. c. Corrección de significación de Lilliefors.

Tabla 118: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra respecto a GHQ-28 (método binario de puntaje)

	Síntomas somáticos	Ansiedad- insomnio	Disfunción social	Depresión	GHQ-28 binario
N	444	444	444	444	444
Parámetros normales ^{a,b}					
Media	2.09	2.24	1.32	0.45	6.11
DT	2.407	2.477	1.827	1.228	6.712
Máximas diferencias extremas					
Absoluta	0.265	0.239	0.278	0.453	0.181
Positivo	0.265	0.239	0.278	0.453	0.178
Negativo	-0.192	-0.183	-0.235	-0.356	-0.181
Estadístico de prueba	0.265	0.239	0.278	0.453	0.181
Sig. asintótica (bilateral)	0.000 ^c	0.000 ^c	0.000 ^c	0.000 ^c	0.000 ^c
a. La distribución de prueba es normal. b. Se calcula a partir de datos. c. Corrección de significación de Lilliefors.					

Tabla 119: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra respecto a GHQ-28 (método CGHQ de puntaje)

	Síntomas somáticos	Ansiedad- insomnio	Disfunción social	Depresión	GHQ-28 CGHQ
N	444	444	444	444	444
Parámetros normales ^{a,b}					
Media	4.23	4.64	2.08	1.24	12.20
DT	2.206	2.205	1.607	1.944	6.357
Máximas diferencias extremas					
Absoluta	0.163	0.184	0.311	0.293	0.068
Positivo	0.105	0.142	0.311	0.293	0.068
Negativo	-0.163	-0.184	-0.241	-0.261	-0.046
Estadístico de prueba	0.163	0.184	0.311	0.293	0.068
Sig. asintótica (bilateral)	0.000 ^c	0.000 ^c	0.000 ^c	0.000 ^c	0.000 ^c
a. La distribución de prueba es normal. b. Se calcula a partir de datos. c. Corrección de significación de Lilliefors.					

Tabla 120: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra respecto a Overall Job Satisfaction.

	Satisfacción General	Satisfacción intrínseca	Satisfacción extrínseca
N	444	444	444
Parámetros normales ^{a,b}			
Media	61.87	28.91	32.96
DT	17.801	9.307	9.133
Máximas diferencias extremas			
Absoluta	0.052	0.059	0.043
Positivo	0.029	0.041	0.035
Negativo	-0.052	-0.059	-0.043
Estadístico de prueba	0.052	0.059	0.043
Sig. asintótica (bilateral)	0.007 ^c	0.001 ^c	0.047 ^c
a. La distribución de prueba es normal. b. Se calcula a partir de datos. c. Corrección de significación de Lilliefors.			

Tabla 121: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra respecto a UWES-17.

	Vigor	Dedicación	Absorción
N	444	444	444
Parámetros normales ^{a,b}			
Media	4.8043	4.7838	4.5757
DT	1.02486	1.32988	1.12281
Máximas diferencias extremas			
Absoluta	0.122	0.180	0.138
Positivo	0.122	0.180	0.102
Negativo	-0.112	-0.170	-0.138
Estadístico de prueba	0.122	0.180	0.138
Sig. asintótica (bilateral)	0.000 ^c	0.000 ^c	0.000 ^c
a. La distribución de prueba es normal. b. Se calcula a partir de datos. c. Corrección de significación de Lilliefors.			

